GRAND CONSEIL
de la République et canton de Genève

PL 13324-A
M 3010-A
M 3137-A

Date de dépôt : 6 janvier 2026

Rapport

de la commission des Droits de l'Homme (droits de la personne) chargée d'étudier :

a) PL 13324-A Projet de loi de Lionel Dugerdil, Guy Mettan, Virna Conti, Florian Dugerdil, Patrick Lussi, Charles Poncet, Marc Falquet, Michael Andersen modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) *(Interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs)*

b) M 3010-A Proposition de motion de Joëlle Fiss, Céline Zuber-Roy, Christina Meissner, Murat-Julian Alder, Alexis Barbey, Philippe Meyer, Geoffray Sirolli, Pierre Nicollier, Fabienne Monbaron, Rémy Burri, Gabriela Sonderegger : Interventions de réassignation sexuelle : pour un consentement éclairé et un bon encadrement médical

c) M 3137-A Proposition de motion de Yves Nidegger, Patrick Lussi, Lionel Dugerdil, Julien Ramu, Marc Falquet, Florian Dugerdil, Stéphane Florey, Christo Ivanov, Daniel Noël, Guy Mettan demandant un moratoire sur les interventions de réassignation/conversion sexuelle destinées à des mineurs

Rapport de majorité de Matthieu Jotterand (page 7)
Rapport de minorité de Yves Nidegger sur le PL 13324 (page 558)
Rapport de minorité de Céline Zuber-Roy sur le M 3010 (page 561)
Rapport de minorité de Yves Nidegger sur le M 3137 (page 566)

ATAR ROTO PRESSE – 80 ex. – 01.26

Projet de loi
(13324-A)

modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) *(Interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs)*

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Art. 1 Modification

La loi sur la santé, du 7 avril 2006, est modifiée comme suit :

Art. 67A Interdiction des interventions de réassignation sexuelle sur des personnes mineures (nouveau)

[1] Les interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs sont interdites.

[2] Sont également interdits la promotion de telles pratiques auprès des mineurs ou le fait de leur en faciliter l'accès.

[3] Les professionnels de la santé qui ont prescrit ou administré un traitement, de même que réalisé des interventions dans un but de réassignation sexuelle d'un mineur sont sanctionnés.

[4] Les professionnels œuvrant, notamment, dans le domaine de l'éducation, de la santé, du social, du sport ou des activités de jeunesse, qui constatent qu'une personne mineure subit des pratiques visées à l'alinéa 1, avisent l'autorité de protection de l'enfant.

Art. 2 Entrée en vigueur

La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa promulgation dans la Feuille d'avis officielle.

Proposition de motion
(3010-A)

Interventions de réassignation sexuelle : pour un consentement éclairé et un bon encadrement médical

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
considérant :

– qu'une intervention de réassignation sexuelle (IRS), qui comprend divers traitements médicaux (bloqueurs de puberté, médecine hormonale et/ou chirurgie), est nécessaire et importante pour certaines personnes qui souffrent de la dysphorie de genre ;
– qu'une IRS consiste à modifier les caractères sexuels primaires ou les caractères sexuels secondaires d'une personne transgenre afin de faire correspondre son apparence physique à son identité de genre ;
– qu'en 2022, 486 personnes ont été hospitalisées pour effectuer une ou plusieurs opérations d'affirmation de genre[1] ;
– que la question des IRS mérite une considération sérieuse pour le bien-être physique et psychique de la personne concernée ;
– que les IRS recourent actuellement à l'utilisation « off-label » de médicaments sans bénéficier de protocoles de recherche à long terme ;
– qu'il manque des statistiques concernant les IRS à Genève ;
– que le consentement de la personne concernée ne peut pas être « libre et éclairé »[2] aujourd'hui comme il devrait l'être, en raison du manque de recherches à long terme sur la question et donc du manque de connaissances médicales sur les éventuels effets secondaires à long terme ;
– que l'IRS nécessite une prise en charge globale, incluant notamment un suivi psychologique sur plusieurs mois et un ou une endocrinologue ;
– que des jeunes, notamment de moins de 18 ans, font des IRS à Genève et en Suisse, et qu'il est primordial d'associer les parents dans cette démarche et de respecter leurs droits parentaux,

---

1 Communiqué de presse, 26.10.2023, Office fédéral des statistiques OFS
2 Le consentement « libre et éclairé » : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/rechte-arzt-spital/2-freie-einwilligung-nach-aufklaerung.html

invite le Conseil d'Etat

– à lutter activement contre toute forme de discrimination de personnes transgenres[3], qui subissent des défis significatifs et spécifiques, tels que les infractions motivées par la haine, le harcèlement, les violences physiques et psychologiques, ou concernant l'accès à l'emploi, au logement et aux services de santé ;
– à exiger que la durée d'un processus précédant une intervention de réassignation sexuelle (IRS) soit au moins de 18 mois entre le début de la demande médicale formelle de la procédure et la première prise de médicaments ;
– à imposer un encadrement pluridisciplinaire constitué au minimum d'un ou une généraliste, endocrinologue et psychiatre ;
– à intégrer les parents dans le processus pour les IRS concernant des jeunes de moins de 18 ans et à obtenir leur consentement avant le début de l'IRS ou à défaut celui d'un juge ;
– à prendre des mesures pour assurer qu'une IRS ne soit plus considérée comme « off-label »[4], mais qu'elle puisse bénéficier de recherches approfondies afin d'empêcher que les traitements actuels ne soient plus « expérimentaux » ;
– à viser une mise en place de protocoles servant de référence pour les projets de recherche, notamment sur les conséquences détaillées sur les bloqueurs de puberté et les bloqueurs d'hormones – afin d'aboutir à un protocole approuvé par une commission d'éthique et selon les procédures de Swissethics.

[3] https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/lgbtiq/suisse-sengage-contre-discrimination-transgenres

[4] Toute prescription de médicaments qui ne correspond pas à l'indication reconnue par les autorités d'enregistrement selon l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est une prescription *off-label*.

Proposition de motion
(3137-A)

demandant un moratoire sur les interventions de réassignation /conversion sexuelle destinées à des mineurs

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
considérant :

– que les théories sociales du genre sont aujourd'hui dominantes dans les écoles, les médias, les réseaux sociaux ;
– que ces théories vantent le rejet du genre de naissance et l'affirmation d'un genre choisi indépendamment de toute réalité biologique ;
– que l'affirmation de l'identité non binaire est devenue socialement gratifiante pour des adolescents en mal de popularité ;
– que les demandes d'interventions hormonales (bloqueurs de puberté, testostérone ou œstrogène) et chirurgicales (mastectomie, phalloplastie, pénectomie) ont explosé dans le sillage du confinement ;
– que les mineurs sont concernés par ces interventions, qui concernent des filles à 68%, des garçons à 32% ;
– que ces interventions ont un caractère expérimental et que toutes sont génératrices d'effets irréversibles sur la santé ;
– que les pays précurseurs en matière d'interventions de réassignation (Suède, Angleterre, France, etc.) tirent aujourd'hui un bilan mitigé de ces interventions qui les conduit à vouloir les interdire aux mineurs ;
– qu'à l'inverse de la tendance internationale, le département genevois de la santé propose au Grand Conseil (PL 13327 LIMOIG) de menacer d'une amende allant jusqu'à 100 000 francs tout professionnel de la santé qui jugerait adéquat d'encourager son patient à renoncer à subir une intervention de réassignation/conversion sexuelle ;
– qu'à teneur de l'exposé des motifs du PL 13327, cette peine serait applicable aux parents qui déconseilleraient une telle intervention à leur enfant mineur ;
– qu'à l'inverse, des députés proposent au Grand Conseil (PL 13324) d'inscrire dans la loi sur la santé une interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs ;

– que la question de savoir si le canton de Genève dispose de la compétence de légiférer en cette matière de santé publique n'est pas tranchée tant pour le traitement du PL 13327 que du PL 13324 ;
– que, pendant que le débat juridique s'éternise à Berne, le responsable du pilotage de l'unité d'urgence de l'office médico-pédagogique donne sa caution à des mastectomies (ablation des seins) et à l'administration d'hormones (testostérone) sur des adolescentes mineures ;
– qu'au vu des conséquences mutilantes irréversibles que comportent ces interventions, le principe de précaution ordonne de les soumettre à un moratoire applicable aux mineurs,

invite le Conseil d'Etat

– à ordonner un moratoire immédiat sur toutes les interventions de réassignation/conversion sexuelle destinées aux mineurs sur le territoire cantonal ;
– à ordonner un moratoire immédiat sur toutes les prescriptions d'interventions de réassignation/conversion sexuelle destinées aux mineurs, que celles-ci soient exécutées sur le territoire genevois ou ailleurs.

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de Matthieu Jotterand

Structure

Préambule 7
Présentation des objets 8
Résumé des travaux 14
Auditions médicales 14
Point de vue de la majorité 32
Structure des séances 35
Prises de position finales 263
Discussion interne précédant le vote 267
Votes 268

Préambule

Lors de la première moitié de législature, la commission s'est longuement penchée sur deux projets de lois et deux motions. Trois d'entre eux, ceux qui concernent directement une interdiction ou une restriction des « interventions de réassignation sexuelle » sur des personnes mineures font l'objet de ce présent rapport de majorité (PL 13324, M 3010 et M 3137).

Un autre objet (PL 13327) sur l'interdiction des thérapies de conversion a été lié à ceux du présent rapport par une majorité de la commission lors des travaux, car il s'est avéré que des parents de personnes mineures transgenres pourraient potentiellement recevoir une amende s'ils s'opposaient à la transition de leur enfant. Toutefois, aucun parti ne s'étant retrouvé dans la majorité pour les quatre textes parlementaires, il y a deux rapports.

Le présent rapport couvre les auditions ayant traité les sujets conjointement et rapportera ainsi l'ensemble des travaux conjoints, complété par le rapport séparé sur le PL 13327 traitant de l'interdiction des thérapies de conversion.

Les majorités sur les trois objets sont sensiblement différentes et, surtout, les voix se cumulent parfois alors que le chemin de pensée est radicalement différent. L'auteur de ce rapport de majorité a le devoir de rapporter l'ensemble

des travaux de la commission et, surtout, des composantes de la majorité. Cela ne signifie en aucun cas qu'il fait sien tout ce qui est mis sous sa plume.

La commission est par ailleurs composée exclusivement de personnes cisgenres. De nombreuses personnes ont été auditionnées, certaines faisant part d'un rejet personnel voire d'une négation de la transidentité et certains propos ressortant des travaux de la commission sont susceptibles de heurter les personnes concernées.

Le Bureau du Grand Conseil a rappelé encore en 2025 l'interdiction du langage inclusif dans les rapports. En particulier lorsqu'il s'agit de parler de transidentité et de retranscrire des auditions de personnes ayant effectué tout ou partie d'une transition, voire ayant détransitionné et/ou se déclarant non-binaires, les limites de cette règle obtuse sont criantes. Devant l'incapacité légale à décrire le sujet et à retranscrire fidèlement la diversité des personnes ayant participé aux travaux, le rapport est rédigé au féminin générique et l'auteur de ces lignes s'excuse si une lectrice s'estime mégenrée malgré ses efforts.

Au vu de l'ampleur des travaux de commission et de l'approfondissement réalisé par la commission, le rapport est conséquent. En effet, il apparaissait nécessaire pour sa lisibilité d'en produire un résumé, mais les travaux ayant été riches et le cheminement de la commission sinueux, il paraissait également important d'avoir l'ensemble des auditions en détail.

Les séances se sont déroulées sous les présidences de Cyril Mizrahi, Yves de Matteis, Patrick Dimier et Thierry Cerrutti. Six procès-verbalistes ont rendu compte de ces séances et elles en sont, au nom de la commission, remerciées, de même que Nadia Salama, Tina Rodriguez, Stefano Gorgone et Irène Renfer qui ont suivi les travaux de commission en tant que secrétaires scientifiques.

Par ailleurs, Perrine Duteil, responsable juridique du DSM, et Redouane Saadi, secrétaire général adjoint du DIN, ont régulièrement assisté aux travaux de commission.

Présentation des objets

Les travaux trouvent leur origine dans la législature précédente, en ce qui concerne le PL 13327. En effet, le Grand Conseil a adopté en 2021 à la quasi-unanimité la M 2640-A[1] qui demandait au Conseil d'Etat de proposer une loi pour interdire les « pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre sur le territoire genevois ».

[1] https://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02640A.pdf

En mai 2023, le projet de loi a été déposé par l'exécutif et renvoyé en commission pour étude. Une nouvelle législature a commencé et le climat local et mondial a largement changé en ce qui concerne les droits des personnes queers.

Presque simultanément, le député UDC Lionel Dugerdil dépose le PL 13324 visant à « interdire les interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs ».

Après les premiers travaux liés au PL 13327, la majorité de la commission (dont ne fait pas partie l'auteur de ces lignes) prend note de l'amende (maximale) de 100 000 F prévue par le projet de loi et la lie au fait que des parents pourraient tomber sous le coup de la loi – et donc recevoir cette amende jugée rédhibitoire – en cas de répression de l'orientation sexuelle de leur enfant… ou de son identité de genre. Un lien est ainsi fait avec le PL 13324 et les deux objets seront liés jusqu'au bout, malgré des demandes réitérées de la minorité de délier ces deux objets.

Plus tard, deux motions parviendront à la commission. La première, la M 3010, provient du PLR et souhaite proposer une solution « médiane » aux positions irréconciliables de la gauche et de l'extrême droite. Cette dernière est à l'origine de la deuxième motion, la M 3137, qui est survenue en toute fin des travaux. Les deux motions trouvent également leur origine dans le fait que, après examen, le PL 13324 apparaît très clairement contraire à des textes supérieurs et aux bonnes pratiques médicales.

PL 13324

Lionel Dugerdil, premier signataire, est venu présenter son projet de loi en commission le 21 septembre 2023. Le premier aspect concerne la définition de ce qui est entendu par « les interventions de réassignation sexuelle chez les mineurs », qui seront abrégées « IRS » dans la suite du rapport, tel que l'énonce le titre du projet de loi. D'une manière générale, l'auteur du projet de loi de même que les membres de la commission partent d'un niveau d'information sur le sujet très bas. En effet, le sujet ne concerne que très peu de personnes et le grand public n'a, globalement, que peu d'informations sur le sujet.

Pour l'auteur du projet de loi, la définition de ces IRS commence par la « phase de temporisation », c'est-à-dire l'administration de bloqueurs temporaires de puberté, quoiqu'il n'y ait à ce stade aucune « réassignation sexuelle ».

Les phases suivantes sont aussi concernées par le PL 13324. Il s'agit de la phase hormonale (administration d'hormones du genre opposé) et de la phase

chirurgicale (torse et/ou organes génitaux). A noter que les autres types de chirurgie semblent être exclus par l'auteur.

Pour Lionel Dugerdil, le problème réside dans le consentement des jeunes concernées. Il estime que des « milieux contestables » (aussi décrits comme le « lobby LGBT » ultérieurement par les députées UDC) prendraient en otage des jeunes et feraient ensuite du « chantage au suicide » auprès des parents, forçant ces dernières à choisir entre transition ou suicide de leur enfant. L'auteur n'étaye pas les sources l'ayant amené à considérer les milieux associatifs accompagnant des jeunes personnes transgenres comme contestables et passe sous silence que la suicidalité de cette catégorie d'adolescentes est effectivement bien plus élevée que dans la population générale d'adolescentes (les études parlent d'une proportion au moins cinq fois supérieure).

Alors que ces « milieux contestables » ne seront pas nommés par les députées UDC (seule l'association Dialogai sera évoquée ultérieurement par une auditionnée), ces dernières, comme plusieurs autres auditionnées, évoquent à chaque fois la Tavistock Clinic à Londres, qui aurait fermé en raison d'une distribution déraisonnée de traitements d'affirmation de genre. Une étude un peu plus poussée du cas révèle toutefois que la clinique était sous-dotée, mettant à mal la qualité des soins, et que les autorités britanniques n'ont pas conclu à sa « fermeture définitive », mais à son morcellement en plusieurs cliniques régionales, plus à même de répondre à la demande.

Sans s'appuyer sur des sources médicales et encore moins sur des études, Lionel Dugerdil affirme qu'un accompagnement psychologique jusqu'à la majorité serait suffisant et même, dans de nombreux cas, meilleur. En effet, selon lui, les cas de « détransition » (un concept qu'il ne détaille pas alors qu'il est plus complexe qu'il n'y paraît) sont nombreux et il est urgent d'y remédier.

Lorsqu'il est demandé à Lionel Dugerdil pourquoi le traitement de la dysphorie de genre devrait attendre la majorité alors que d'autres traitements médicaux ne le nécessitent pas, l'auteur du projet de loi joue sur le fait que de mettre ces traitements dans le même panier reviendrait à dire que « l'homosexualité, ou quelque chose y ressemblant, serait une maladie ». Pourtant, plus loin, il affirme lui-même que « la dysphorie de genre est un problème psychologique et […] que les résultats ont rarement été bons en traitant chirurgicalement ce type de maladie ». Tout en soulignant le fait que les adultes ne sont pas touchées par le projet de loi, l'auteur dit « réserver son avis sur la réassignation des adultes […] qui pose des problèmes éthiques », achevant de convaincre que, plus que la protection des mineures dont il n'est pas tenu compte, par exemple, de la suicidalité plus élevée, il s'agit avant tout d'un problème avec la transidentité que révèle ce projet de loi.

Dans l'exposé des motifs, la confusion semble forte entre dysphorie de genre, transidentité et non-binarité. Le fait que certaines personnes pourraient être poussées à transitionner pour un malaise lié aux stéréotypes de genre reviendra régulièrement dans les travaux.

L'auteur du projet de loi dira encore qu'il est encore préférable de protéger l'enfant qui ne passera pas par la réassignation sexuelle plutôt que celle qui le fera, sans expliquer en quoi, pour lui, cette deuxième catégorie serait moins digne de protection que la première.

Lors de la suite de la présentation du PL 13324, la discussion se portera sur les aspects centraux de la capacité de discernement et de l'autodétermination. En toile de fond, se dresse également la question de l'autorité parentale. Il y sera largement revenu pendant les travaux.

Position initiale des partis sur le PL 13324

A gauche, les Socialistes et les Vertes sont opposées à cet objet. Au-delà de l'examen de sa conformité ou non aux textes supérieurs, notamment fédéraux, le fait que les politiques souhaitent s'immiscer dans un domaine purement médical en édictant ce qui peut être fait ou non sans prise en compte de l'état de la science pour répondre à une panique morale savamment organisée au niveau mondial est exclu.

A droite, le PLR pense que cela répond à une inquiétude sociétale, mais estime le projet trop restrictif, notamment car l'empêchement total des traitements médicaux jusqu'à l'âge de 18 ans pourrait faire survenir de graves complications aux personnes qui en auraient effectivement eu besoin.

Le MCG semble avoir une position d'incompréhension vis-à-vis du projet qu'il estime confondre dysphorie de genre et transidentité, tout en ne prenant pas explicitement position. Plusieurs changements de commissaire et une participation relativement restreinte aux travaux amèneront à des avis parfois changeants.

Enfin, deux partis ne s'expriment pas à ce stade. Il s'agit du Centre, dont la position oscillera entre PLR et UDC et de LJS dont la position n'est que très peu exprimée dans les travaux.

M 3010

Le 16 mai 2024, la présentation de cette motion intervient devant la commission. Le PLR l'a déposée presque un an après le dépôt du PL 13324 et plus de six mois après le début des travaux.

La motion demande à renforcer les études liées à la question de la transition et d'instaurer une permissivité restreinte d'accès aux traitements d'affirmation de genre pour les personnes mineures, en instaurant un délai incompressible de dix-huit mois.

Le souhait d'améliorer la recherche et de bénéficier, pour les patientes, d'un encadrement spécialisé complet (psychiatre, endocrinologue et généraliste) semble, pour le PLR, faire l'unanimité alors que la sortie des procédures « off label » (prescription d'un médicament pour un usage autre que celui pour lequel il a été conçu) apparaît souhaitable.

Le PLR exprime son souhait de combattre les discriminations subies par les personnes transgenres. Lors de la présentation, l'autrice Joëlle Fiss estime que « de grandes règles idéologiques ne sont pas appropriées à la problématique » ce qui semble entrer en contradiction directe avec le souhait de mettre un délai de réflexion obligatoire et incompressible de dix-huit mois pour toutes les mineures. Elle précise que les traitements englobés dans cette motion sont les mêmes que dans le PL 13324 (bloqueurs de puberté, hormones et chirurgie).

La définition du début du délai n'est pas claire. En effet, les situations peuvent être bien différentes. Entre une mineure qui n'a jamais fait état de cela à son entourage (en tout cas vis-à-vis des adultes), mais qui est consciente de cela et qui a fait des recherches de son côté et une autre mineure qui « aurait entendu parler de ça à l'école qui reviendrait avec cette lubie auprès de ces parents », le délai de dix-huit mois n'est pas à appréhender de la même manière. Pour le PLR, ce délai pourrait commencer à courir lorsqu'il en est fait état à une fonctionnaire.

Lors de la présentation de l'audition, Joëlle Fiss sous-entend que l'utilisation des bloqueurs de puberté ne serait actuellement pas faite à bon escient et affirme que sa motion est très libérale, quoiqu'elle semble l'être moins que la situation actuelle.

La discussion est vive sur la réversibilité ou non des bloqueurs de puberté. En effet, leurs effets sont bien réversibles (voir la section sur les auditions médicales), mais ils pourraient entraîner un retard de formation de la masse osseuse qui resterait à vie.

Lors de la présentation, la question du droit à l'autodétermination est également mise sur la table. Pour l'autrice de la motion, ce droit fondamental n'est ici pas remis en cause puisque simplement différé, selon un principe de proportionnalité. Cette interprétation ne fait pas l'unanimité.

Dans le débat, l'inquiétude de commandes de médicaments sur internet ou à l'étranger en dehors de tout contrôle est aussi discutée.

Position initiale des partis sur la M 3010

A gauche, la M 3010, quoique « moins pire » que le PL 13324, est également à rejeter, car le droit à l'autodétermination est touché également et le statu quo est préférable.

Pour le Centre, le danger des médicaments sur internet devrait conduire à la prudence.

Pour l'UDC, cette motion serait à réorganiser, afin d'accentuer l'aspect du délai et, surtout, des études, vues comme un prérequis nécessaire afin de renoncer à des traitements avant l'obtention d'un consensus scientifique qui serait, à l'heure actuelle inexistant.

LJS ne s'exprime pas.

M 3137

Yves Nidegger, premier signataire de la motion 3137, explique sa démarche par l'approche des délais de traitement des PL 13324 et 13327. Au vu de leur retour prochain dans l'ordre du jour ordinaire, il souhaiterait éviter des amendements en plénière par des députées qui n'auraient pas suivi les débats.

La motion se veut simple, elle propose un moratoire sur les IRS. Cela fait suite au fait que l'auteur de la motion a bien saisi que le PL 13324, en raison de son caractère jusqu'au-boutiste et contraire au droit supérieur, ne trouverait pas de majorité en l'état. Par l'outil du moratoire, il veut permettre de proposer un autre moyen de bloquer les IRS, au moins temporairement.

L'auteur de la motion indique qu'elle est là pour tenter de trouver un consensus permettant de retirer les autres objets, même si le reste de la commission ne voit pas où se cacherait le consensus évoqué.

La commission fait remarquer à l'auteur que le moratoire, tel que proposé, ne contient aucun délai d'expiration. Il propose alors de lier ça à l'aboutissement des travaux sur les thérapies de conversion menées par la Confédération. Le moratoire doit inclure les bloqueurs de puberté ce qui revient, comme il est fait remarquer à l'auteur à une interdiction pure et simple de ceux-ci puisqu'ils sont caducs à la majorité.

La majorité soulève aussi que le moratoire semble être tout aussi contraire au droit supérieur que le PL 13324 et que, même si la motion était acceptée, le Conseil d'Etat ne pourrait probablement pas la mettre en œuvre, rendant le fameux consensus imaginé encore plus hypothétique.

Positions initiales des partis sur la M 3137

A part pour le MCG et LJS qui ne s'expriment pas, la M 3137 semble faire consensus… contre elle dans la commission. En effet, gauche et droite relèvent ensemble la non-conformité au droit supérieur, l'interdiction des bloqueurs de puberté et le manque de prise en considération de l'état de la science et de l'individualité des cas.

Résumé des travaux

Dans ces travaux qui ont duré deux ans, les auditions menées ont été très nombreuses, au point que quelques personnes ont même été auditionnées… deux fois !

La structure temporelle reste totalement lisible dans le compte-rendu détaillé des auditions qui est présenté sous forme chronologique. Toutefois, dans le but de rendre compte des travaux de la manière la plus pertinente et intelligible possible, les auditions sont regroupées dans cette section par groupe d'auditionnées, à chaque fois précédées par un petit résumé. Cela donne ainsi un certain relief au compte-rendu des travaux et l'articule de manière à pouvoir tenir sur un nombre restreint de pages, pour qui n'a pas le temps ou le souhait de lire l'ensemble des travaux et du cheminement de la commission.

L'auteur du rapport est d'avis que les auditions les plus importantes sont celles des personnes concernées. Toutefois, dans un but de compréhension du sujet, il est d'abord fait état des auditions médicales. Celles-ci sont rapportées dans l'ordre d'expertise sur la thématique des médecins concernées et non chronologique. Une partie de la majorité regrette que les différents avis émis par les auditionnées portant le titre de doctoresse ou de professeure n'aient que trop peu souvent été hiérarchisés selon le critère de l'expertise. Une partie de la majorité sur le PL 13324 voyait des lanceurs d'alerte dans le Dr Pascal Gervaz (gastro-entérologue qui a eu une fois une patiente transgenre pour un problème intestinal) et le Dr Daniel Halpérin (pédiatre qui n'a jamais été confronté à un cas). Leur expertise se limite pourtant à quelques jours de formation continue comme ils nous en ont eux-mêmes fait part.

Auditions médicales

La commission a procédé à l'audition de nombreuses personnes dans le domaine de la santé. Il en ressort un très clair rejet du PL 13324, à part pour le Dr Gervaz dont l'audition a été suggérée par l'auteur du projet de loi et qui n'est pas spécialiste du domaine. La M 3010 est arrivée plus tard dans les travaux, ce qui n'a pas permis à toutes les auditionnées de pouvoir prendre position. Celles qui ont pu le faire ont certes exprimé une retenue moindre que

pour le PL 13324 mais tout de même globalement recommandé de ne pas l'adopter. Enfin, la M 3137 est arrivée en toute fin de processus, les auditionnées ne se sont donc pas exprimées dessus.

Le rejet du PL 13324 tourne autour de plusieurs raisons. La première et la principale réside dans la substitution du politique à la médecine. Dans des situations complexes et où l'état de la science est en constante évolution, une interdiction globale et figée dans la loi paraît totalement inadaptée.

Il paraît clair également que la médecine doit répondre aux besoins des patientes de manière individualisée, en pesant les risques et les bénéfices et en prenant en compte l'ensemble des paramètres de chaque situation. Une telle loi contrecarrait ces objectifs et laisserait des personnes en souffrance, en réduisant leur droit à un traitement, de manière discriminatoire.

Enfin, la capacité de discernement est fondamentale et est, elle aussi, individuelle. Une fois qu'elle est présente, le droit à l'autodétermination est plein et entier. A ce titre, les HUG sont déjà très restrictifs en s'astreignant à obtenir l'accord parental de manière systématique et le processus est solide, avec un comité interdisciplinaire et une commission d'éthique pour valider les décisions.

A Genève, en tout cas dans le service public, la chirurgie génitale n'existe pas chez les mineures et les mastectomies non plus, à de rares exceptions bien particulières près. De même, les hormones du genre opposé ne sont prescrites qu'après un suivi long et complet et proche de la majorité, lorsque la capacité de discernement est clairement acquise.

Une partie des traitements semble cependant particulièrement attirer l'attention étant donné le relativement jeune âge auquel ils peuvent être prescrits, il s'agit des bloqueurs de puberté. Quelques auditionnées estiment que l'on manque de recul et que la prescription se fait de manière dangereuse, ce qui pousse une partie de la majorité à les voir comme « lanceuses d'alerte ». D'autres auditionnées, parmi celles qui font le plus autorité dans le domaine, ont largement diminué ces craintes.

En effet, elles ont expliqué que les bloqueurs de puberté existent depuis longtemps dans d'autres indications. Il n'y a certes pas encore beaucoup de recul sur cette administration-là, mais les risques sur la formation de la masse osseuse sont connus et pris en compte dans le calcul de la balance bénéfices/risques.

Audition du Prof. Arnaud Perrier, de la Dre Melissa Dominice Dao, médecin adjointe coresponsable de l'Unité de consultation ambulatoire de médecine interne générale du service de médecine de premier recours

(HUG), et du Dr Arnaud Merglen, médecin adjoint coresponsable de l'Unité ambulatoire de santé des adolescents et jeunes adultes du service de pédiatrie générale (HUG), tous deux chargés du Comité interdisciplinaire des diversités de genre, respectivement pour les adultes, et pour les enfants et adolescents

La direction médicale des HUG explique que les HUG constatent actuellement (en 2023) une hausse du nombre de cas de dysphorie de genre. L'âge moyen des patientes est de dix-sept ans. Sur la centaine de cas depuis 2015, les HUG n'ont pas eu connaissance de détransition. La littérature parlant d'un cas pour mille, ce n'est guère étonnant.

La seule intervention pratiquée aux HUG est la mastectomie bilatérale, la chirurgie génitale, quant à elle (et qui ne se fait pas avant 18 ans), se pratique au CHUV uniquement. Les HUG ne pratiquent pas de chirurgie sur les mineures.

Un « garde-fou » a été mis en place pour ces cas. En effet, les HUG requièrent l'accord des deux parents ainsi que d'un comité interdisciplinaire de prise en charge. La commission en question a pour mandat de formaliser la réponse aux demandes de traitement d'affirmation de genre.

L'attention est portée sur l'irréversibilité des traitements, les impacts sur la fertilité et les risques de regrets. La prise de décision pour un traitement sur mineure se fait de manière consensuelle. Lorsque cela n'est pas le cas, le cas est porté devant une commission d'éthique clinique, afin de pouvoir étudier plus en détail la complexité de la situation et de refaire l'exercice de la balance risques/bénéfices. Sur 76 cas traités récemment, seuls trois ont donné lieu à un renvoi à la commission d'éthique. Le comité rencontre préalablement les personnes, mais prend position en leur absence. Un suivi est décidé.

De nombreuses spécialités sont incluses dans le comité interdisciplinaire : la médecine de l'adolescence et la médecine de premier recours, l'endocrinologie pédiatrique et adulte, la psychiatrie et la pédopsychiatrie, la gynécologie et la pédiatrie, la chirurgie plastique, la dermatologie et l'ORL.

L'entrée en matière exige un certificat de dysphorie de genre préalable. Celui-ci inclut le fait que la situation est stable et persistante et les autres problèmes de santé qui pourraient avoir un impact sur la question et la santé sont passés en revue. La plupart des personnes qui entrent dans ce processus se sont donc déjà longuement questionnées et ont abouti à cette étape.

Des médicaments sont prescrits en off label, ce qui a soulevé des questions parmi la commission suite à de précédentes auditions. Le Prof. Arnaud Perrier est rassurant sur le fait qu'il ne s'agit pas de médicaments expérimentaux. En pédiatrie, comme très peu d'études peuvent être menées chez les enfants, la

majorité des médicaments ont été validés chez l'adulte et sont hors indication chez l'enfant. Les bloqueurs de puberté sont utilisés de manière tout à fait satisfaisante pour stopper la puberté, par exemple quand elle survient de manière précoce. Des études couvraient les effets secondaires sur la densité osseuse au bout de quatre à six ans.

Des études avec des personnes transgenres en transition qui recevraient un placebo ne paraît pas éthiquement envisageable même si, du point de vue théorique, ce serait la seule manière de lever tout doute.

Le Prof. Arnaud Perrier rappelle l'importance de baser les soins sur la personne concernée et ses besoins. En droit suisse, la capacité de discernement n'est pas liée à l'âge. Entre 12 et 18 ans, le corps médical doit s'assurer de si elle est présente ou non. Cependant, du côté des médecins, il n'y a aucune obligation de répondre à une demande si des problèmes connexes sont constatés. Il pourrait peut-être être reproché aux HUG de ralentir la décision ferme d'un individu, mais les médecins ne sont pas obligées de répondre aux demandes comme le feraient de simples prestataires de service.

Le corps médical ne décide pas d'une transition, il est là pour accompagner, parfois freiner, mais il ne pousse ni dans une direction ni dans l'autre. Il est important de favoriser le dialogue entre la jeune et ses parents et d'aider ces dernières à trouver une position qui soutienne leur enfant, tout en préservant leurs valeurs et leur responsabilité de parents. L'accompagnement de ces dernières est décrit comme la plus grande difficulté actuelle.

L'inquiétude de « l'engrenage » des bloqueurs qui entraîneraient forcément des hormones puis la chirurgie est parvenue aux oreilles des auditionnées. Elles expliquent que les bloqueurs permettent justement de gagner un temps précieux pour la réflexion, de mûrir une décision et d'établir une balance bénéfices/risques plus détaillée.

Concernant les détransitions, les chiffres parfois avancés doivent être pris dans toute leur complexité. En effet, la détransition correspond, dans l'imaginaire de toutes, à une personne née avec un sexe biologique, qui entame une transition et qui revient en arrière. Or, il ne d'agit pas du tout de cela. En effet, parmi les personnes interrogées, une partie se dit déçue de la chirurgie. D'autres pensaient pouvoir résoudre tous leurs problèmes, mais se retrouvent face à des discriminations qu'elles ont du mal à gérer, d'autres encore arrêtent simplement leur traitement par lassitude. Elle explique que le concept de détransition englobe toute une série de réalités complexes et non un simple retour en arrière.

Les HUG indiquent que le PL 13324 les mettrait dans l'embarras et ferait courir le risque que des personnes achètent des médicaments sur internet, hors

de tout contrôle médical. Les HUG disent espérer un retrait de ce projet de loi afin que la question puisse rester dans la sphère médicale.

Double audition de la Prof. Samia Hurst-Majno, professeure de bioéthique à l'Université de Genève et vice-présidente de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE)

La Prof. Samia Hurst-Majno a été auditionnée à deux reprises par la commission. Lors de la première audition, elle a indiqué qu'une prise de position de la Commission nationale d'éthique (CNE) était en préparation sur le sujet. La commission a décidé d'attendre cette publication et la deuxième audition de la professeure traitait de cette prise de position.

La CNE a constaté, comme les HUG, qu'il est parfois difficile de traiter avec les parents, avec lesquels des tensions peuvent se créer. La législation actuelle indique que la capacité de discernement est déterminante, contrairement à l'âge.

L'important réside dans un accompagnement attentif et dans le soutien des processus décisionnels. L'auditionnée est donc inquiète de l'interdiction des bloqueurs de puberté qui ont justement cette fonction.

Une des principales causes de souffrance constatée réside dans les situations de remise en cause de l'identité des personnes concernées. Interdire l'affirmation de genre chez les mineures accentuerait ce regard dans la société et donc la souffrance.

La Prof. Samia Hurst-Majno émet également des doutes sur la pertinence du délai de dix-huit mois proposé par la M 3010, notamment sur sa praticabilité et le fait qu'il inclue les bloqueurs de puberté.

Il est important aussi de considérer la santé mentale des personnes concernées. Il est vrai que la transition de genre ne règle pas tout : les personnes ayant transitionné ont toujours un taux de comorbidité supérieur à la population générale. Toutefois, il faut aussi souligner que ce taux de comorbidité post-transition est nettement inférieur à celui des personnes transgenres n'ayant pas pu (encore) transitionner.

Dans sa prise de position, la commission nationale d'éthique fait plusieurs constats. Le premier réside dans la difficulté à exercer la médecine dans les règles de l'art à cause de la situation tendue par les pressions qui s'exercent autour du sujet.

La CNE a conclu de ses travaux plusieurs éléments. La médecine joue certes un rôle important, mais le besoin d'être reconnue comme appartenant au genre auquel la personne s'identifie ne dépend pas entièrement de la médecine.

Les besoins de la société ne doivent pas être un facteur de décision individuel. Au contraire, la société dans son ensemble devrait travailler à déconstruire certains aspects, afin de permettre une meilleure fluidité de genre des personnes concernées qui souffriraient moins de stigmatisation.

Les recommandations portent sur l'importance d'un accompagnement interdisciplinaire de qualité et individualisé. La nécessité de coller au plus proche des besoins individuels souligne qu'une loi telle que proposée dans le PL 13324 irait directement à l'encontre de cela. Dans un domaine qui évolue, la loi n'est pas l'outil adapté pour cadrer des pratiques. Le cadre scientifique permet d'édicter des normes qui assurent un certain contrôle.

La CNE recommande qu'il ne puisse y avoir de consentement par représentation légale. De plus, la prise de décision doit être ouverte et participative. Lorsque cela est possible, ce processus devrait être, si besoin, soutenu par une consultation d'éthique clinique.

Concernant les preuves scientifiques et les recherches, il faut identifier et combler les lacunes. Pour évaluer l'efficacité des traitements, il est important de prendre en compte les facteurs sociaux.

Le principe de précaution ne justifie pas de renoncer systématiquement au traitement, d'un point de vue éthique.

Audition de la Dre Nelly Pitteloud, endocrinologue sexuelle au CHUV

L'auditionnée constate une forte augmentation du nombre de patientes transgenres (4 en 2018 au CHUV à soixante en 2023). A noter que les chiffres 2024 et 2025, postérieurs à cette audition, sont en diminution.

Les bloqueurs de puberté sont donnés depuis longtemps contre les problèmes de puberté précoce. Des études semblent montrer que l'usage des bloqueurs de puberté à l'âge de l'adolescence crée un retard dans la formation de la masse osseuse qui n'est pas encore résorbé quelques années plus tard.

Là aussi, la doctoresse indique qu'une part des problèmes semble provenir de la rigidité de la binarité et qu'une certaine fluidité de genre aiderait grandement à apaiser certaines situations.

Elle précise également que les traitements médicaux peuvent être dangereux et qu'un suivi médical approprié est important, renforçant les craintes exprimées par d'autres auditionnées d'achats de traitements sur internet sans suivi médical en cas d'acceptation de la loi.

Audition de Adrien Bron, directeur général de l'office cantonal de la santé, DSM

L'auditionné indique à la commission qu'il estime que ce n'est ni le rôle de l'Etat ni celui du législateur de définir quelle est la bonne pratique médicale. Il précise que des instances compétentes académiques existent et définissent des priorités de recherche. Il pense qu'il faut faire confiance à la science tout en ayant conscience qu'elle évolue. Il rappelle que des équipes interdisciplinaires travaillent sur la question et recherchent un consensus.

Alors que la commission a pris conscience que les HUG font très bien leur travail, des doutes subsistent sur les pratiques dans le privé. En effet, des statistiques de l'OFS semblent contredire certaines affirmations. Après étude, les statistiques de l'OFS sont parfois un peu trompeuses. Par exemple, les statistiques font état d'un certain nombre de mastectomies effectuées dans la catégorie « 10-14 ans » et ne concernaient en réalité que des personnes de 14 ans. Cela reste un âge étonnamment jeune et la commission a pu confirmer que cela ne concernait pas le canton de Genève. La commission espérait de cette audition des réponses, il s'avère que ce n'est pas le cas, le département dit juste ne pas être au courant de pratiques problématiques. Il existe une commission de surveillance indépendante, le département ne connaît pas les détails des cas traités. D'une manière générale, la surveillance des pratiques privées semble peu resserrée.

Audition de Pierre Maudet, conseiller d'Etat, DSM, et du Dr Panteleimon Giannakopoulos, directeur général a.i. de l'office cantonal de la santé

La commission a entendu deux fois le conseiller d'Etat Pierre Maudet. La première audition est retranscrite plus bas, dans la catégorie des auditions juridiques et politiques. La présente audition est principalement due à l'apparition de la M 3010. Le département pointe plusieurs aspects liés au délai de dix-huit mois. Il souligne qu'il n'est pas clair si cela s'adresse également aux personnes majeures. De plus, la praticabilité de ce délai soulève des questions. Le département évalue ce délai comme un moratoire, ce qu'il n'estime pas souhaitable. Au vu des aspects irréversibles de la puberté, ce délai d'attente pourrait se révéler créateur de besoins de traitements bien plus lourds par la suite.

La motion soulève aussi un problème de restriction de la liberté personnelle et de l'autodétermination qui ne semble pas correspondre à un besoin démontré. De plus, le préalable requis du diagnostic de dysphorie de genre engendre que le processus, lorsqu'il arrive au stade des traitements médicaux, a déjà duré un certain temps.

Pour la M 3010, un aspect a été moins discuté, il s'agit du soutien à la recherche et de l'élargissement de son cadre. Le département relève que cela se heurte au principe du volontariat. En Suisse, une patiente ne peut être forcée de participer à une étude pour recevoir un traitement.

Le médecin cantonal ad interim souligne que Genève a déjà une pratique restrictive en la matière : il n'y a pas de chirurgie sur mineures, l'accord parental est nécessaire pour le reste.

Il est rappelé à cette audition qu'en droit civil, la personne mineure capable de discernement est seule habilitée à exercer ses droits strictement personnels. La capacité de discernement prévaut sur d'autres préoccupations et si des questions sont à régler, cela l'est par les tribunaux et non par le législatif ou l'exécutif.

Audition du Dr Pascal Gervaz

L'audition de ce médecin a été suggérée par l'auteur du projet de loi. Il est spécialiste en chirurgie intestinale et n'a donc que peu de lien avec la thématique, ce qu'il reconnaît lui-même. Le cas d'une patiente de 16 ans qui devait se faire poser un bypass et qui a demandé s'il était possible de coupler cette opération avec une mastectomie a attiré son attention.

Ce docteur a ensuite suivi « une journée de formation au CHUV » et estime, par-là, pouvoir remettre en cause l'expertise de ses consœurs spécialistes du domaine.

Comme référence, ce docteur cite également la nouvelle déformée de la Tavistock Clinic. Une partie de la majorité le voit comme un lanceur d'alerte, ce qui conduira à effectuer d'autres auditions, dont la Dre Pitteloud directement citée par l'auditionné ainsi que la direction médicale des HUG. Cette dernière, ainsi que la vice-présidente de la Commission nationale d'éthique et les représentantes du DSM, ont très largement tempéré les propos de ce médecin intestinal dont la rigueur scientifique a questionné.

Audition du Dr Daniel Halpérin, pédiatre

Le Dr Halpérin est lui aussi vu, par une partie de la majorité, comme un potentiel lanceur d'alerte et, par le reste de la majorité, comme un médecin qui manque singulièrement de confiance envers ses consœurs sur des spécialités qu'il ne maitrise pas. En effet, il est pédiatre, mais indique ne jamais avoir été confronté à un cas de transidentité.

Il estime que les faits scientifiques et preuves médicales manquent considérablement dans le domaine. Toutefois, il se dit clairement contre le

PL 13324, car il n'apprécie guère la substitution par le politique au médical pour prendre ce genre de décision. Dans une problématique aussi complexe, l'interdiction pure n'est pas la solution.

En plus du manque de recul sur les traitements administrés à des adolescentes, le Dr Halpérin s'inquiète de l'influence des réseaux sociaux et de la capacité de discernement effective chez les jeunes, faisant écho au processus mis en place par les HUG à Genève et qui semble largement répondre à la problématique. Là aussi, le Dr Halpérin cite la Tavistock Clinic (et des études de l'Université d'Amsterdam).

Auditions des personnes et associations concernées

La plus grande partie des auditions a consisté en l'invitation de personnes concernées et d'associations à s'exprimer sur la thématique. La commission a entendu pas moins de cinq personnes dans un parcours de transition (ou de détransition). Du côté des associations, il y a deux catégories, celles qui regroupent des parents d'enfants transgenres et celles qui travaillent avec les mineures concernées.

Parmi les personnes concernées, les positions vis-à-vis du PL 13324 sont partagées, certaines expliquent à quel point il leur aurait été néfaste alors que d'autres estiment qu'il pourrait être utile au vu de leur parcours de détransition, quoique la transition se soit faite après leur majorité. Dans ces derniers cas, aucun élément n'est avancé sur des raisons de considérer que leur expérience personnelle devrait être élargie à l'ensemble des personnes concernées.

Ces avis partagent quelque peu la majorité sur le bien-fondé apporté par les réponses aux personnes en questionnement actuellement, mais la renforcent dans l'idée qu'une loi stricte et figée ne répond pas à la globalité des situations et que le PL 13324 doit, au vu de ces auditions également, être rejeté.

Parmi les associations de parents, on peut noter une certaine opposition des deux associations auditionnées, l'une demandant une approche différente suite à des cas où leurs enfants n'ont finalement pas transitionné et l'autre s'affirmant pleinement soutenante du parcours des enfants concernées. Toutefois, les deux se rejoignent sur le rejet du PL 13324 qui ne correspond pas à une solution applicable à leurs yeux.

Enfin, du côté des associations représentant et/ou accompagnant les personnes concernées, l'accent est mis sur le besoin de renforcer la formation professionnelle, de lutter contre les pressions subies par le corps médical et d'une manière plus générale contre la désinformation. Les associations rappellent le besoin de répondre à chaque patiente de manière individuelle, conformément à ses besoins, à sa capacité de discernement et à son

consentement libre et éclairé. Les associations rappellent aussi à quel point l'accompagnement et le soutien des parents leur sont chers, ne serait-ce que parce que cela baisse drastiquement la suicidalité très élevée des mineures transgenres.

Dans tous les cas, le PL 13324 est fermement rejeté par l'ensemble de ces associations. La M 3010, pour les auditionnées qui ont été entendues lorsque celle-ci avait déjà été déposée, est également à refuser, car, si elle est moins drastique, elle pose les mêmes problèmes par rapport à l'individualité du suivi.

Audition de Emma, 12 ans

Emma, venue accompagnée de ses parents et du pédopsychiatre qui la suit, explique avoir voulu être auditionnée par la commission pour expliquer son parcours lorsque son médecin lui a parlé des travaux en cours. Elle livre le récit d'une dysphorie de genre ressentie depuis très jeune et explique avoir effectué une transition sociale.

Comme cela revient à plusieurs reprises dans les travaux, le contexte social et les stéréotypes de genre représentent un obstacle majeur.

Dans le cadre de son suivi, les médecins travaillent pour qu'elle comprenne le caractère irréversible des traitements éventuels à venir et, à son âge, l'administration de bloqueurs de puberté permet de travailler à mûrir cette décision sereinement sans que des évolutions irréversibles surviennent (par exemple, éviter que sa voix ne mue).

La transition sociale a amené une vraie amélioration de l'épanouissement d'Emma et les futures étapes sont envisagées avec sérénité.

Le PL 13324 serait éminemment problématique dans un tel cas, puisqu'il forcerait la puberté dans le genre assigné à la naissance, détruisant ainsi les efforts de transition sociale et assombrissant les perspectives d'affirmation de genre ultérieures dans un cas où l'autodétermination de la personne semble pourtant très claire et où l'accord parental est présent, de même qu'un suivi médical approfondi.

Audition de L., personne concernée, Eric Amato, coprésident de la Fédération, et Charlotte Pellaton, éducatrice sociale au Refuge Genève, Fédération genevoise des associations LGBT

Selon les associations auditionnées, le PL 13324 n'apporte rien et compliquerait au contraire des situations déjà complexes. Les auditionnées rappellent que le risque de tentative de suicide est considéré comme dix fois plus important pour les mineures transgenres. Leur refuser l'accès aux soins les mettrait dans une situation de danger. Au contraire, un accompagnement spécifique de ces jeunes avec l'intégration des parents montre des résultats probants.

L'aspect de sanction de la « promotion » prévu par le PL 13324 mettrait aussi en danger la circulation de l'information dans un domaine hautement complexe, où la formation continue des professionnelles se révèle cruciale.

Le projet de loi va à l'encontre de tous les standards de soin et des recherches scientifiques dans le domaine de la transidentité.

L'approche dite transaffirmative peut sémantiquement créer des craintes. Toutefois, les auditionnées précisent que cela signifie une approche où le questionnement est central, sans qu'il y ait de remise en question de la personne. Il est rappelé que pour les professionnelles de la santé, penser à la place de la personne est une approche maltraitante. Le bien de la personne se fait en l'accompagnant et non en décrétant unilatéralement ce qui est bien ou non pour elle. Les auditionnées réfutent clairement tout engrenage entre transition sociale, hormonale et chirurgicale.

Une personne concernée est également présente afin de raconter son parcours, fait de perception de la différence dès l'enfance, de tentatives de suicide et de la découverte de la possibilité de transitionner après avoir recherché sur internet des phrases comme « je me sens prisonnière de mon corps ». Elle explique aussi avoir vu plusieurs psychiatres qui estimaient de manière péremptoire qu'elle était homosexuelle et non transgenre.

Les bloqueurs de puberté ont grandement réduit son mal-être. Là aussi, elle explique la difficulté posée par la transition sociale et la problématique rencontrée avec des personnes de son entourage qui pensaient la connaître mieux qu'elle-même. La transition chirurgicale a été douloureuse et compliquée, mais le bien-être ressenti après compense largement dans son cas. Elle souligne à quel point le PL 13324 aurait été inadapté dans son cas.

De la même manière que cela a été relaté dans les auditions médicales, le terme de détransition comme un fourre-tout, avec des raisons diverses et des chiffres effectifs très bas (environ 1%, ce qui est à comparer avec d'autres traitements pouvant offrir des taux de regret bien supérieurs).

Audition de Lyo Kessler

La commission a entendu quelques personnes dont les noms ont été fournis par l'UDC pour « rééquilibrer les auditions » et la première d'entre elles est Lyo Kessler. Ces quelques personnes sont venues parler en leur nom propre quoiqu'en tirant des conclusions générales non étayées, à mettre en miroir avec les recherches interdisciplinaires médicales et les associations comptant de nombreuses membres.

L'auditionnée explique avoir été assignée femme à la naissance puis avoir vécu de nombreux questionnements compliqués pendant l'adolescence, où elle est sortie avec des hommes et des femmes. Elle rejetait alors sa poitrine et se sentait mieux en adoptant des comportements jugés masculins.

Au contact d'une association trans, elle a eu le ressenti d'être plus libre. Elle a souhaité l'ablation mammaire, mais pas la prise de testostérone et ne comprenait pas pourquoi elle devait consulter une psychiatre. Les différentes étapes ne l'ont pas soulagée de son mal-être et, après dix ans, elle a effectué une transition sociale en sens inverse.

De son expérience personnelle, l'auditionnée affirme pouvoir en tirer des généralités sur l'humanité transgenre entière. Par des arguments peu étayés, elle affirme de manière certaine que « la transidentité n'existe pas ». L'auditionnée part ensuite dans des considérations sur le bonheur, qui ne serait pas un indicateur, et les origines de la chirurgie esthétique, en indiquant que bien des problèmes viennent de l'économie de marché, ni plus ni moins.

La majorité de la commission, qui s'est enquise de savoir ce qui aurait pu être mieux fait chez l'auditionnée, en conclut qu'elle a eu un parcours de transition à l'âge adulte qui n'est pas concerné par les textes parlementaires.

Audition de Chris/Nadia Broenimann

Il s'agit d'une personne dont le cas a été passablement médiatisé en Suisse allemande. Chris/Nadia Broenimann insiste sur le besoin de ne pas précipiter les traitements, de faire attention aux réseaux sociaux et sur les défis que rencontrent les personnes ayant transitionné. Sur des bases non étayées scientifiquement, un délai de « quatre à six ans » serait nécessaire avant une transition selon ses propos. Cela induit un soutien au PL 13324 et à la M 3010, quoique Chris/Nadia Broenimann ajoute aussi soutenir le PL 13327 ce qui est incohérent, comme le souligne un commissaire UDC et qui remet donc en doute la solidité de l'avis sur les textes parlementaires donnés. L'âge de 18 ans semble pour cette personne en cohérence avec… l'âge pour la remise d'alcool et de tabac. Dans ce cas également, la transition s'est faite à l'âge adulte.

Audition de Cris Montgomery

Une autre personne, Cris Montgomery, vient expliquer son parcours qui, scientifiquement, serait considéré comme une « détransition ». En effet, après avoir effectué une transition sociale et avoir pris un certain temps un traitement hormonal, Cris Montgomery se reconnaît pleinement dans le spectre de la non-binarité. L'identification plus précoce de son identité de genre et des bloqueurs de puberté auraient probablement pu l'aider à prendre le temps de réflexion et cheminer de manière plus sereine. La personne auditionnée note que l'utilisation de ce délai permet de déterminer si le questionnement n'est qu'une phase, comme semblent le penser des commissaires pour de nombreux cas. Si tel est le cas, l'arrêt des bloqueurs permet de procéder à la puberté dans le genre assigné à la naissance.

Là aussi, le parcours de transition a été effectué à l'âge adulte et, une fois de plus dans ces travaux, un élément ressort fortement : les stéréotypes de genre persistants et l'absence de fluidité nuisent grandement aux personnes concernées.

Par rapport à la M 3010, l'auditionnée explique que son temps de réflexion excédait les dix-huit mois préconisés en raison de son caractère réfléchi et prudent, mais il pense qu'il serait contre-productif de le fixer ainsi de manière universelle et obligatoire.

Audition de Frédéric Spycher, président de l'AMQG, et Stéphane Mitchell, vice-présidente

Cette association, comme la suivante, Transparents, explique ne pas être composée de spécialistes, ni de personnes directement concernées, mais de parents d'enfants transgenres. Il est relaté le cas de la fille de l'auditionné. Cette personne, dont on parle en son absence, a eu un parcours de transition qu'elle a ensuite interrompu. A nouveau, un élément central dans l'histoire semble être la pression subie par les stéréotypes de genre.

L'association AMQG indique s'être « rendu compte que ces situations se déroulent de manière identique en Suisse et à travers le monde », sans chiffrer ces cas. Seuls les cas généraux de transidentité, décrits comme en nette augmentation, sont fournis en annexe.

Les auditionnées expliquent avoir un problème avec le PL 13327 qui pourrait pénaliser les parents s'opposant ou retardant la transition de genre de leur enfant, mais, alors que l'UDC essaie de faire dire aux auditionnées que le PL 13324 devrait leur plaire, ces dernières marquent leur distance avec ce projet de loi, indiquant que leur but n'est pas de ne pas agir, mais d'agir différemment.

Audition de Flore Blancpain, coprésidente, Céline Brockmann et Patrick Longchamp, de l'Association TransParents

L'association est relativement récente et s'adresse à tous les parents concernés qui souhaitent accompagner le parcours de vie de leurs enfants et/ou qui ont des questions. Le point essentiel soulevé, qui revient régulièrement dans les travaux, est que chaque parcours est individuel et ne peut être réduit à une généralité.

De même que lors de l'audition de l'AMQG, les auditionnées relatent à titre d'exemple le parcours de leurs enfants. En revanche, à l'inverse, les conclusions tirées de ce cas rendent évident le côté néfaste du PL 13324 pour bien des personnes concernées. L'accès à des professionnelles de santé compétentes et formées, notamment sur le volet psychologique, est souligné comme crucial.

Audition de Lynn Bertholet, fondatrice et présidente, de M^e^ Tiffaine Stegmüller, avocate, Naomie Pasic Bondoso, de l'Association Epicène, et du Dr Haarman, psychiatre

Les éléments apportés par les auditionnées portent sur le fait que les enfants reconnaissent assez tôt leur identité de genre et que, lorsqu'elle ne correspond pas au genre assigné à la naissance, cela entraîne souvent de la violence.

Des chiffres sont avancés et il est mentionné que 50 à 80% des jeunes transgenres ont eu des pensées suicidaires. La discrimination semble également forte dans les milieux de soins, engendrant même une crainte pour certaines de se rendre à l'hôpital.

Au niveau de la capacité de discernement, il est clair qu'à partir d'un certain âge elle est présente, ce qui ne les dispense toutefois pas de faire le maximum pour que les parents soient soutenants, bien qu'il n'y ait aucune obligation légale. La qualité des soins s'en trouve largement renforcée.

Concernant les détransitions et le taux de regret, les auditionnées mettent en avant une étude ayant porté sur trente ans qui fait part d'un taux de regret entre 0,3 et 3,8%. Ce taux de regret est bas, mais il n'est pas inexistant : lors de l'accompagnement des jeunes concernées, il est abordé et thématisé dans le cadre de l'éventail des options qui s'offrent. Elles réfutent clairement tout « engrenage ».

Les auditionnées reviennent également sur la désinformation autour de l'approche dite transaffirmative. Elle est basée sur le questionnement et l'autodétermination et non sur l'engrenage de la jeune à penser de telle ou telle manière. Les précédents modèles ont tous démontré leurs limites (approche de Toronto, attente vigilante…).

Dans le modèle transaffirmatif, la lutte contre les stéréotypes est là aussi dans le sujet : le fait que ces jeunes se sentent anormales est de la transphobie intériorisée. L'affirmation, c'est permettre à la personne d'oser exprimer qui elle est. Ce n'est pas pousser les gens, contrairement à ce qui est dit.

A la crainte d'avoir des diagnostics erronés de transidentités, confondus avec d'autres mal-être adolescents, il est une fois de plus question du renforcement de l'accompagnement et de la formation des professionnelles plutôt que d'une loi figée et contrainte. Le Dr Haarman souligne la diversité des personnes qui poussent la porte de son cabinet : certaines se sont déjà documentées, certaines ont déjà fait leur transition sociale alors que d'autres sont encore à des étapes antérieures. De plus, toutes les jeunes ne souhaitent pas forcément un traitement hormonal et/ou médical. Les protocoles savent répondre à cela.

Le décalage entre le moment où la jeune commence à prendre conscience de sa transidentité et le moment où elle en parle à ses parents est aussi mis sur la table. Il y a souvent un long moment car, pour les jeunes, ce n'est pas du tout quelque chose de facile à thématiser avec ses parents. La M 3010 n'était pas encore déposée au moment de cette audition, mais on comprend par ce passage que cette motion poserait aussi problème en raison de ce décalage.

Enfin, les auditionnées déplorent les attaques faites aux professionnelles de la santé qui complexifient les processus et risquent de décourager d'autres professionnelles de se spécialiser.

Audition de Adèle Zufferey, directrice de la Fondation Agnodice

La Fondation Agnodice, qui accompagne des personnes mineures dans leur parcours dans plusieurs cantons suisses, fait remarquer que le PL 13324, ainsi que dans une moindre mesure la M 3010, utilise une terminologie incorrecte par rapport à la réalité scientifique. Le PL 13324 semble se baser sur une panique morale plutôt que sur les recherches cliniques.

La Fondation souligne que les risques ne sont pas inexistants, mais qu'ils sont transposables dans une balance bénéfices/risques des traitements existants qui est réalisée et qui permet aux professionnelles d'obtenir un consentement libre et éclairé lorsque la capacité de discernement est présente.

Le délai de dix-huit mois posé par la M 3010 est mal défini sur son début, mais il est noté que, dans leur grande majorité, les parcours des personnes concernées englobent déjà de facto un tel délai au vu de l'attente. Toutefois, le formaliser et le rendre obligatoire pour toute situation va à l'encontre du besoin de traitement individuel des cas recommandé par la Commission nationale

d'éthique. Il existe d'ailleurs des cas où le délai est beaucoup plus long parce que la personne a un cheminement plus important à faire.

L'auditionnée rappelle également qu'il ne faut pas confondre questionnement et incapacité d'autodétermination. Par rapport à l'augmentation du nombre de cas, la Fondation Agnodice souligne que la hausse du nombre de personnes s'affirmant transgenres est corrélée à l'évocation plus libre de ces questions, mais que ce n'est pas exponentiel. Elle compare cela à l'homosexualité dans les années 2000 : le nombre de personnes homosexuelles n'a pas augmenté, mais la parole s'étant libérée, les coming-outs ont été plus nombreux avant de logiquement se stabiliser.

Il est intéressant de constater que lors du début des travaux à mi 2023 les chiffres les plus récents disponibles étaient ceux de 2022 et qu'au moment de cette audition, deux ans plus tard, les chiffres 2023 et 2024 sont disponibles. Ces derniers montrent que l'année 2022 était un pic et que les chiffres redescendent à des niveaux comparables avant celui-ci. A titre d'exemple, les chiffres de prise en charge de la Fondation Agnodice : 18 en 2018, 39 en 2019, 52 en 2020, 99 en 2021, 81 en 2022, 51 en 2023, 46 en 2024). Cela bat ainsi directement en brèche la raison même d'être du PL 13324 qui prétend qu'on assiste à une « explosion des demandes de réassignation du genre […] sous l'influence de l'idéologie 'woke' ».

L'auditionnée rappelle enfin que le Conseil fédéral, à qui l'on peut difficilement reprocher d'être « woke », a clairement indiqué que les autorités cantonales n'ont pas pour but d'édicter des guides thérapeutiques.

La désinformation et la violence du débat public et à l'encontre des professionnelles de la santé augmentent la méfiance des familles, alors que leur soutien est essentiel aux parcours des personnes concernées.

Auditions juridiques et politiques

Les auditions des domaines juridique et politique ont amené confirmation de ce que la majorité de la commission suspectait : le PL 13324 pose de nombreux problèmes de conformité au droit fédéral et à des normes supérieures, en plus d'être une incursion problématique dans le domaine médical. La M 3010, elle, est moins indiscutablement problématique, quoique sa conformité n'est pas claire et semble aussi manquer de bases légales solides la justifiant. Probablement qu'elle échappe à une sentence aussi claire que le PL 13324 parce que ce n'est qu'une motion. Toutefois, si le but était de la mettre en œuvre via un projet de loi présenté par le Conseil d'Etat, plusieurs éléments laissent penser qu'elle se heurterait aux mêmes problèmes.

Audition de Mes Thierry Tanquerel et Michel Hottelier, professeurs honoraires

La commission, prise de gros doutes sur la conformité du PL 13324 au droit supérieur, a adressé trois questions aux professeurs honoraires Tanquerel et Hottelier. Elle souhaitait savoir si le projet de loi était conforme au droit fédéral en matière de répartition des compétences, s'il existait des règles de rang fédéral restreignant la compétence cantonale rendant le PL 13324 incompatible et, plus largement, si le PL 13324 risquait d'enfreindre d'autres normes du droit supérieur. Les deux professeurs honoraires, qui n'en étaient pas à leur première audition au Grand Conseil au vu de leur honorable parcours et de l'autorité dans leur domaine qu'ils représentent, ont répondu favorablement à la demande de la commission, tout en précisant qu'il ne pouvait s'agir, pour des raisons de temps, que d'une réponse « prima facie », c'est-à-dire « à première vue » et non approfondie. Ils suggèrent à la commission de demander un avis de droit plus détaillé et recommandent le nom d'une professeure de droit qui est celle qu'Epicène a mandatée pour l'avis de droit sur le sujet que l'association a établi (voir ci-dessous).

A l'analyse du PL 13324, les professeurs honoraires notent son côté idéologiquement marqué et indiquent qu'il ne semble pas reposer sur des études scientifiques médicales. Ils ne voient pas de conflit direct avec la législation fédérale, quoiqu'un conflit avec le droit civil fédéral semble probable s'il est interprété comme posant des présomptions irréfragables d'absence de discernement pour les mineures en période de transition.

Des problèmes constitutionnels et conventionnels importants sont identifiés dans l'analyse. Le PL 13324 pourrait priver de certaines options médicales les personnes présentant une dysphorie de genre. Il n'y a pas, dans l'exposé des motifs, de fondement factuel ou médical justifiant une telle restriction. Il n'y a pas non plus d'éléments fondant un intérêt public justifiant la proportionnalité d'une telle interdiction. Ainsi, une violation potentielle du respect de la vie privée selon l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et d'autres normes internationales préoccupe le Prof. Tanquerel.

Le projet de loi ne mettant pas en premier lieu l'intérêt supérieur de l'enfant pourrait se révéler problématique à l'aune des articles 4 et 24 de la convention relative aux droits de l'enfant. Par ailleurs, cibler les mineures transgenres pourrait être considéré comme une violation de l'article 8, alinéa 2 de la Constitution fédérale et de l'article 15 de la Constitution genevoise.

Les professeurs honoraires indiquent aussi que le projet de loi entre en contradiction avec la LED-Genre et notamment avec ses articles 3, lettre c, article 5, et article 9. Ainsi, si ce projet de loi devait être adopté, il devrait être

expressément indiqué qu'il s'agit d'une loi spéciale dérogeant à la LED-Genre, en raison de la contradiction manifeste entre le projet de loi et la LED-Genre.

Concernant la M 3010, il est noté un effort apparent pour éviter toute transphobie et certains aspects, la recherche et la lutte contre la discrimination, apparaissent louables, mais le moratoire de dix-huit mois et l'exigence du consentement lui semblent nécessiter une base légale plus solide pour pouvoir être justifiés.

Les professeurs honoraires n'affirment pas que le délai de dix-huit mois est forcément disproportionné, mais que la restriction d'accès aux soins doit être justifiée d'un intérêt public suffisant. Le PL 13324 semble clairement disproportionné alors que la M 3010 ne permet pas, prima facie, de réponse absolue.

D'une manière générale, un malaise est exprimé de voir le législateur s'immiscer dans les protocoles médicaux qui relèvent du droit fédéral. Il enjoint le parlement cantonal à la prudence et au respect des compétences scientifiques nécessaires.

Audition de Pierre Maudet, conseiller d'Etat, DSM, accompagné de Perrine Duteil, responsable juridique départementale, DSM, et Redouane Saadi, secrétaire général adjoint, DIN

Le conseiller d'Etat et les représentantes des départements suiveurs mentionnent principalement le PL 13327. Toutefois, au sujet du PL 13324, elles rappellent que le canton ne peut pas purement et simplement interdire certains soins. Le canton a un rôle de surveillance. Le Conseil d'Etat se positionne clairement : le politique ne peut pas se substituer au médical.

Le Conseil d'Etat rappelle que ce projet de loi est contraire au droit supérieur et à la Convention internationale des droits de l'enfant. Des problèmes liés à la loi sur la santé et à l'égalité de l'accès aux soins sont aussi présents.

Les auditionnées répondent aussi aux doutes en rappelant que les HUG ne pratiquent pas de chirurgie dans le cadre de la dysphorie de genre sur des mineures, à l'exception éventuelle de cas particuliers entraînant des mastectomies sur des mineures de 17 ans, dans le respect des bonnes pratiques.

Le manque de moyen d'action sur le privé ressort clairement de cette audition. A part des remontrances suite à de mauvaises pratiques, l'Etat ne semble pas avoir de prise sur les agissements des cliniques privées.

Audition de Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat, DF, et Emilie Flamand, directrice du BPEV

Là aussi, la Conseillère d'Etat et son accompagnatrice sont principalement présentes pour le PL 13327. Toutefois, elles notent aussi que le PL 13324 constitue une entrave claire à l'accès aux soins des personnes concernées et suscite une forte inquiétude tant parmi les milieux LGBTIQ+ que parmi le milieu médical.

Les changements de genre à l'état civil sont relativement peu nombreux et concernent aussi bien des hommes que des femmes et les auditionnées mentionnent le risque de suicide bien plus élevé. Elles précisent que ce n'est pas le fait d'être trans qui l'induit mais le regard que porte la société sur ces personnes.

L'augmentation du nombre de personnes trans selon les statistiques n'est pas à mettre sur le compte d'un effet de mode (ce n'est pas « cool » ou « sympa » d'être trans, c'est au contraire souvent un parcours de discriminations et de violence) mais de libération de la parole.

Point de vue de la majorité

PL 13324

La majorité de la commission a suivi les avis quasi unanimement exprimés lors des auditions. En effet, les deux Conseillères d'Etat, les deux professeurs honoraires, la quasi-totalité des représentantes médicales (la totalité, si l'on excepte un médecin d'une autre spécialité qui était en contact avec l'auteur du projet de loi) ainsi que l'ensemble des associations concernées ont été claires : le projet de loi proposé par l'UDC est néfaste. En effet, si tant est qu'il réponde à un besoin effectif (ce dont une partie de la majorité doute), il y répondrait mal, en figeant dans la loi une pratique contraire aux standards internationaux de soins et à la bonne pratique de la médecine.

Au niveau médical, les soins doivent être adaptés aux besoins individuels des patientes, à la suite de la pesée entre les bénéfices et les risques d'un traitement, le tout de manière à obtenir un consentement (ou non) libre et éclairé d'une patiente dont la capacité de discernement a été établie. Dans le cadre des traitements d'affirmation de genre comme dans tous les autres domaines, la médecine n'est pas une science exacte dont les recherches auraient été « terminées » mais une science en constante évolution. Les balances bénéfices/risques intègrent les inconnues et une loi figée et drastique en plein milieu de cet exercice d'équilibrisme serait hautement problématique.

Le projet de loi pose en plus des problèmes clairement reconnus de conformité au droit supérieur et à d'autres textes et normes. Dans les débats,

même le commissaire UDC reconnaissait les faiblesses du projet de loi émanant pourtant de son parti et indiquait le soutenir faute de mieux.

Du côté des personnes concernées, c'est là où le débat a pu sembler le plus « partagé ». En effet, la commission a auditionné quelques personnes ayant transitionné (ou étant en train de transitionner) en étant mineures et, à la demande de l'UDC pour « équilibrer » un nombre équivalent de personnes ayant détransitionné (après avoir transitionné… mais à l'âge adulte).

Même si, dans le cadre des personnes concernées, cela a ainsi pu paraître plus équilibré, là aussi, la balance penche clairement en faveur du refus de ce projet de loi. En effet, les personnes transgenres auditionnées ont clairement démontré que, dans leur cas, un tel projet de loi aurait été néfaste et était inapte à répondre à la complexité des situations. L'audition de ces personnes a été enrichie respectivement complétée par celles d'associations allant dans le même sens et représentant de nombreuses personnes.

A l'opposé, les personnes dont l'audition a été suggérée par l'UDC semblent être des cas isolés et, si leur souffrance a été ou est très certainement réelle et que la majorité présente toute sa compassion, on ne saurait en découler un projet de loi aussi drastique pour l'ensemble de la population.

Les personnes favorables au projet de loi ont très souvent évoqué la Tavistock Clinic, de manière fallacieuse, ainsi que les pays nordiques qui reviendraient en arrière sans jamais réussir à documenter cela de manière solide. Si la commission n'a pu formellement exclure toute mauvaise pratique à l'étranger, elle a toutefois pu établir que dans le cadre genevois, l'hôpital public présente un sérieux louable, avec un suivi interdisciplinaire et un zèle certain pour l'obtention de l'accord parental. De légers doutes subsistent sur les bonnes pratiques dans le cadre des cliniques privées, mais ainsi le veut le système de santé libéral…

Au vu de tout ce qui précède, une nette majorité composée de la gauche (S, Ve) et de la droite (PLR, LC, LJS) a refusé ce projet de loi que seule l'UDC a accepté. Le MCG, qui a changé à plusieurs reprises de commissaire pendant les travaux, s'abstient.

M 3137

Déposée à la toute fin des travaux, la M 3137 est un leurre de l'UDC. En effet, étant donné le refus à venir du PL 13324, l'UDC a déposé une motion instaurant un moratoire à durée indéterminée sur les traitements d'affirmation de genre. La majorité de la commission n'a pas été dupe et a bien saisi que, comme dans le cadre du PL 13324, il y avait des problèmes insurmontables de conformité au droit supérieur en cas de mise en œuvre et, surtout, que cela

entravait le droit fondamental à l'autodétermination et l'accès aux soins des personnes concernées.

M 3010

Au vu du caractère littéralement inacceptable du PL 13324, le PLR, qui estimait pour une raison qui n'a jamais été complètement déterminée que le statu quo n'était pas une option valable, a déposé une motion qui se voulait être une médiane entre la position de la gauche et celle de l'extrême droite.

Toutefois, pour l'UDC qui a régulièrement remis en cause l'existence de la transidentité dans les travaux et qui a avancé la nécessité d'un principe de précaution absolu en interdisant toute « intervention de réassignation sexuelle », la solution présentée par le PLR est déjà trop permissive. Le MCG, en tout cas au moment du vote final, rejoint sur ce point l'UDC.

A l'inverse, la gauche n'est pas plus convaincue par la motion du PLR car elle reste convaincue que ce qui est médical doit rester dans ce giron et que, si la science est par définition en recherche perpétuelle et donc à l'instant t imparfaite, elle l'est probablement nettement moins que le législateur pour déterminer ce qui est bon ou non pour les personnes concernées.

La M 3010 a donc été refusée d'une courte majorité de circonstance par l'addition des voix de gauche, de l'extrême droite et du MCG face à la droite.

Structure des séances

	Date		Page
1	21.09.2023	Présentation du PL 13324 par Lionel Dugerdil, auteur	38
2	05.10.2023	Audition de Adrian Stiefel, chargé de ministère pour les questions LGBTIQ+ de l'Eglise protestante de Genève	45
		Audition de Frédéric Spycher, président de l'AMQG, et Stéphane Mitchell, vice-présidente	50
3	12.10.2023	Audition de L., personne concernée, Eric Amato, coprésident de la Fédération, et Charlotte Pellaton, éducatrice sociale au Refuge Genève, Fédération genevoise des associations LGBT	56
		Audition de Flore Blancpain, coprésidente, Céline Brockmann, Patrick Longchamp et Flore Blancpain de l'Association TransParents	62
4	19.10.2023	Audition de Me Tiffaine Stegmüller, avocate, Lynn Bertholet, Naomie Pasic Bondoso, de l'Association Epicène, et du Dr Haarman, psychiatre	68
5	02.11.2023	Audition du Dr Pascal Gervaz	74
6	09.11.2023	Audition du Dr Daniel Halpérin, pédiatre	81
		Audition du Prof. Arnaud Perrier, de la Dre Melissa Dominice Dao, médecin adjointe coresponsable de l'Unité de consultation ambulatoire de médecine interne générale du service de médecine de premier recours (HUG), et du Dr Arnaud Merglen, médecin adjoint coresponsable de l'Unité ambulatoire de santé des adolescents et jeunes adultes du service de pédiatrie générale (HUG), tous deux chargés du Comité interdisciplinaire des diversités de genre, respectivement pour les adultes, et pour les enfants et adolescents.	87

7	16.11.2023	Audition de Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat, DF, et Emilie Flamand, directrice du BPEV	99
8	30.11.2023	Discussion interne	105
9	07.12.2023	Audition de Emma, 12 ans, accompagnée de ses parents et du Dr XX, psychiatre Discussion interne	110 115
10	19.12.2023	Audition de la Dre Nelly Pitteloud, endocrinologue sexuelle au CHUV (par visioconférence)	121
11	18.01.2024	Audition de Pierre Maudet, conseiller d'Etat, DSM, accompagné de Perrine Duteil, responsable juridique départementale, DSM, et Redouane Saadi, secrétaire général adjoint, DIN	126
12	25.01.2024	Discussion interne	130
13	29.02.2024	Audition de Adrien Bron, directeur général de l'Office cantonal de la santé, DSM	131
14	28.03.2024	Discussion interne *(non rapportée car exclusivement organisationnelle)*	
15	02.05.2024	Audition de la Prof. Samia Hurst-Majno, professeure de bioéthique à l'Université de Genève et vice-présidente de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE)	136
16	16.05.2024	Présentation de la M 3010 par Joëlle Fiss, autrice	144
17	20.06.2024	Audition de Mes Thierry Tanquerel et Michel Hottelier, professeurs honoraires	152
18	29.08.2024	Nouvelle audition de Pierre Maudet, conseiller d'Etat, DSM, et du Dr Panteleimon Giannakopoulos, directeur général a.i. de l'office cantonal de la santé	160
19	26.09.2024	Audition de Lyo Kessler Audition de Cris Montgomery	173 186
20	10.10.2024	Discussion interne *(non rapportée car exclusivement organisationnelle)*	

21	07.11.2024	Audition de Chris/Nadia Broenimann, en présence de Patrick Lehner, traducteur	192
22	21.11.2024	Discussion interne *(non rapportée car exclusivement organisationnelle)*	
23	28.11.2024	Nouvelle audition de Lynn Bertholet, présidente de l'association Epicène	202
24	09.01.2025	Discussion interne *(non rapportée car exclusivement organisationnelle)*	
25	16.01.2025	Audition de Adèle Zufferey, directrice de la Fondation Agnodice	213
26	23.01.2025	Discussion interne	219
27	30.01.2025	Nouvelle audition de la Prof. Samia Hurst-Majno, professeure ordinaire à l'Université de Genève et vice-présidente de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE)	220
28	13.02.2025	Prises de position des partis	230
29	15.05.2025	Discussion interne	239
30	22.05.2025	Audition de Manéli Farahmand, directrice du Centre intercantonal d'information sur les croyances (CIC), Philippe Gilbert, collaborateur scientifique et responsable de formation du CIC, et Mischa Piraud, chargé de recherche au CIC	241
31	09.10.2025	Présentation de la M 3137 par Yves Nidegger, auteur Discussion interne Prises de position finales	256 261 263
32	06.11.2025	Discussion interne Vote final de la commission	267 268

Présentation du PL 13324

L'auteur, Lionel Dugerdil, explique que le PL 13324 vise à interdire la réassignation sexuelle chez les mineures. Il entend par là l'interdiction de toute thérapie et intervention visant à la réassignation sexuelle chez les mineures ainsi que la promotion autour de ces pratiques.

Dans sa définition, la réassignation sexuelle chez une mineure commence par la phase de temporisation, pouvant commencer dès dix ans et qui est réversible. Des médecins commencent déjà à donner des hormones bloquant la puberté afin que l'adolescente reste un enfant au sexe indéterminé. Ensuite commence une phase affirmative, dès seize ans, qui est, elle, irréversible. Les filles reçoivent des hormones virilisantes et les garçons des hormones féminisantes. Enfin interviennent les chirurgies du torse et des organes génitaux.

Son problème est la notion de consentement chez les jeunes, qui serait difficile à déterminer. Pour l'auteur, des milieux assez contestables font la promotion de ces aspects, « prennent en otage » les jeunes puis font du chantage aux parents, qui doivent alors choisir entre le suicide ou le changement de sexe de leur enfant. Les parents sont mis devant le fait accompli. Lionel Dugerdil estime que, pour des mineures, ce genre de thérapie est illogique et irrationnel.

Un commissaire S demande dans quelles circonstances en particulier il serait compliqué d'avoir le consentement chez les jeunes. Il mentionne des traitements médicaux lourds où des arbitrages peuvent être nécessaires, et demande s'il faut interdire de la même manière tous ces traitements médicaux chez les jeunes.

L'auteur lui répond que cela voudrait dire, par exemple, que l'homosexualité, ou quelque chose y ressemblant, serait une maladie. L'auteur considère qu'une personne ayant une dysphorie de genre peut attendre la majorité pour subir des traitements lourds. L'administration de traitements lourds sur une maladie qui peut atteindre fortement la santé de quelqu'un, voire aboutir au décès, n'est pas visée par ce projet de loi.

Le même député demande quel est le lien que fait l'auteur entre l'homosexualité et la dysphorie de genre où un diagnostic serait posé sur la santé mentale d'une personne. Pour l'auteur, il existe un lien ambigu dans ces personnes qui font la promotion de la réassignation sexuelle entre l'homosexualité et la dysphorie de genre. Ces personnes, selon lui, vont chercher systématiquement une dysphorie chez les jeunes. Cette loi vise principalement les personnes qui pratiquent ces interventions, qui seraient

plutôt des « professeures foldingues » qui ont l'envie absolue d'administrer ces traitements.

Le commissaire socialiste demande si Lionel Dugerdil peut nommer ou désigner quels sont ces milieux et ces personnes. Ce dernier répond qu'il s'agit d'associations ou de cliniques privées, dont certaines ont eu l'interdiction de pratiquer, car elles faisaient la promotion et pratiquaient à large échelle la réassignation sexuelle, notamment une à Lausanne qui a été interdite. L'exposé des motifs mentionne la fermeture de la Tavistock Clinic, mais après une rapide recherche, le commissaire S remarque que c'est une *fake news*. Il demande si l'auteur a consulté des personnes transgenres, s'il en connaît et s'il a posé des questions à des associations et à des parents directement concernés. Dans l'exposé des motifs, il est question de transidentité et de non-binarité, le commissaire demande si l'auteur fait une différence entre les deux ou si c'est la même chose. Enfin, il demande ce que l'auteur entend par la réassignation sexuelle, s'il s'agit de toute intervention ou d'actes chirurgicaux. En outre, il demande si la phase de temporisation pouvait déjà être considérée comme une phase de réassignation sexuelle, et serait donc interdite.

Lionel Dugerdil explique que les « milieux *trans* » ont pris contact avec lui par le biais d'une personne et qu'il s'est mis à leur disposition pour discuter avec eux du texte afin de voir s'il fallait faire des amendements. Elles n'ont plus pris contact avec lui. Le texte ne vise pas les personnes adultes transgenres, il vise les enfants pour lesquels la notion de consentement serait impossible à obtenir de leur part, surtout pour « un enfant de 10 ans ». La phase de temporisation est clairement visée par le texte.

Le commissaire socialiste demande s'il a bien compris les propos de l'auteur en en retenant qu'il ne faudra plus parler de transidentité et de dysphorie de genre aux jeunes jusqu'à leurs 18 ans et que cela sera comme si ça n'existait pas, que ce sera en quelque sorte interdit.

L'auteur circonscrit cela aux interventions de réassignation et estime que c'est le contraire de ce qui est affirmé. Les médecins doivent suivre ces personnes, les accompagner, mais ne pas pratiquer d'intervention de réassignation sexuelle jusqu'à un âge où la jeune aura pu prendre en considération ces problématiques. La dysphorie de genre est une maladie et la jeune doit pouvoir l'affronter. Il parle des personnes qui ont fait des retours en arrière, dont certaines ont même fait trois fois le changement : transition, détransition puis transition. C'est bien la preuve qu'il s'agit de quelque chose de délicat qu'il faut appréhender avec le temps, d'où le fait d'interdire cette réassignation sur une mineure. Cela ne veut pas dire empêcher le suivi, l'aide et le traitement de la dysphorie de genre. Lionel Dugerdil affirme qu'il faut les suivre psychologiquement afin qu'elles soient sûres d'elles. La dysphorie de

genre est un problème psychologique. Il rappelle que les résultats ont rarement été bons en traitant chirurgicalement ce type de maladie.

Le commissaire S demande s'il existe des cas problématiques en Suisse, respectivement à Genève, si possible documentés à l'aide de statistiques, et demande à Lionel Dugerdil s'il fait la différence entre transidentité et non-binarité, étant donné que le texte semble confondre les deux.

L'auteur avoue qu'il n'a pas de chiffres officiels. A Genève, il y aurait entre 50 et 100 mineures en phase de temporisation. Il y a eu des cas problématiques où la personne s'est rendu compte par la suite que ce n'était pas son souhait et voulait revenir en arrière. Il n'a pas précisément les chiffres attestant qui est dans une phase de détransition. Il ne voit pas dans le texte le sens de sa dernière question.

Un commissaire Ve demande si tout consentement devait attendre l'âge adulte ou s'il s'agissait seulement de cette thématique-là. L'auteur indique que c'est seulement sur cette question précise. Neuchâtel a par exemple déjà légiféré et interdit les chirurgies de réassignation sexuelle.

Le commissaire pense qu'il serait intéressant d'avoir des statistiques sur les gens ayant fait toute la transition de l'enfance à l'âge adulte et combien se sentent bien par rapport à celles pour lesquelles ce n'est pas le cas. Il a personnellement connu des adultes qui se seraient suicidées s'ils n'y avaient pas eu accès avant la majorité. Il demande s'ils ont consulté des médecins compétentes au niveau psychiatrique pour l'élaboration du PL. La dysphorie de genre n'est pas un problème psychiatrique. Il n'y a pas de problématique psychiatrique qui cause le fait qu'une personne veuille changer de sexe, les médecins psychiatres le diront. Il rappelle que cela porte sur une modification de la loi sur la santé et demande si des psychiatres, des endocrinologues et des chirurgiennes sur des thématiques qui touchent de près à la transition ont été consultées.

L'auteur explique qu'ils ont élaboré le texte avec un médecin, le Dr Pascal Gervaz, qui se tient à disposition de la commission pour une audition. Le commissaire Vert relève toutefois qu'il s'agit d'un chirurgien gastro-intestinal, ce qui pose question sur ses liens avec la psychiatrie et/ou les personnes transgenres.

Une commissaire PLR s'enquiert quant à elle de la modification de l'art. 67A al. 1 de la loi sur la santé. Selon sa compréhension, l'auteur et elle sont d'accord que la réassignation sexuelle à la majorité doit être possible et qu'il s'agit d'un problème psychiatrique. Elle demande comment ils arrivent à réconcilier leur point de vue de la réassignation avant (et potentiellement) après

dix-huit ans. Elle demande également quel type de sanctions seraient recommandables.

Le premier signataire se réserve son avis sur la réassignation des adultes, mais ils ne sont pas d'accord pour les réassignations sur les enfants, puisque la notion de consentement est difficile à déterminer. Qu'une adulte souhaite se faire réassigner, cela pose des problèmes éthiques, mais c'est une adulte, il n'a personnellement pas de problème avec ça. Quant aux sanctions, il affirme que ce doit être les sanctions appliquées par la loi sur la santé, c'est-à-dire des sanctions administratives.

La commissaire PLR s'interroge ensuite sur l'art. 67A l'al. 4 de la loi sur la santé quant au devoir d'aviser l'autorité de protection de l'enfant, en se demandant ce qu'il faut faire si ces professionnelles ne le font pas. Pour Lionel Dugerdil, ce doit être les mêmes sanctions que s'ils constatent des abus sur une enfant et qu'elles ne le reportent pas.

Un commissaire S revient sur une question précédente restée sans réponse, la définition des interventions de réassignation sexuelle, c'est-à-dire s'il s'agit d'interventions chirurgicales ou aussi de traitements médicamenteux.

L'auteur explique que ce sont les deux. Il cible particulièrement des traitements médicamenteux qui sont, à l'origine, donnés pour traiter des cancers de la prostate et ici administrés dès l'âge de 10 ans. Le commissaire socialiste demande de préciser si cela comprend aussi les interventions médicamenteuses réversibles, l'auteur acquiesce.

Face à cela, le commissaire rappelle qu'à 16 ans, il est possible de demander un changement de sexe à l'état civil sans l'avis des parents. Il demande s'il y a compatibilité avec le droit fédéral, car il y voit une manière de l'entraver, notion que l'auteur répond ne pas avoir prise en compte.

Un commissaire MCG dit ne pas comprendre le titre. En effet, ce projet exclut du terme « intervention » des pressions que pourraient exercer des groupes religieux qui échapperaient alors à toute sanction. De plus, les autrices ne semblent pas considérer un accompagnement comme un traitement. Il estime qu'il faut savoir quel discours de la professionnelle est tenu pour ces jeunes. Il demande si les autrices du PL n'entendent pas avoir une action quelconque sur des actrices autres que dans le domaine de la santé.

Lionel Dugerdil explique que le traitement psychologique par l'aide et l'accompagnement est tout à fait admissible, ce qui est admis à son sens dans son projet de loi. Il serait par contre interdit d'en faire la promotion et de faciliter l'accès à ces traitements.

Le commissaire MCG souligne que l'art. 127 de la loi sur la santé ne concerne que des actes touchant à la santé, une communauté religieuse n'est

pas justiciable de la loi sur la santé. En ce qui concerne le titre à l'al. 1, en parlant de réassignation sexuelle, il y a selon lui une confusion entre les personnes transgenres, qui sont des gens voulant changer de sexe, et les gens qui expriment simplement une dysphorie de genre, ce qui n'est pas un traitement visant une réassignation sexuelle. Le travail peut être parfois fait de manière dommageable sur elles, mais cela viserait à les faire mieux accepter leur genre masculin, comme leur corps l'exprime, et oublier cette affinité de genre féminin.

Il souligne cette confusion entre le changement de sexe et la dysphorie de genre, qui a certainement toujours existé, mais qui est de plus en plus discutée aujourd'hui. Il demande si l'auteur n'est pas en train de pousser des gens à exprimer des problèmes alors qu'il n'y en a pas, et qui expriment un autre mal-être que celui-là. Il estime que ce sont des questions à se poser pour éviter de pousser des gens à tort pour ensuite être dans un mal-être.

L'auteur estime ne pas confondre les termes et que dans le cas de dysphorie de genre, les enfants sont poussées à se réassigner plutôt qu'à s'accepter. Il pense qu'il y a certainement d'autres moyens que la réassignation pour viser ce mal-être et c'est cela que veut le texte, ce sur quoi le commissaire MCG exprime ses doutes.

Un commissaire UDC explique avoir participé aux travaux sur la loi sur le changement de genre à l'état civil. L'exigence d'une réassignation physique, hormonale, physiologique, précédant le changement de genre à l'état civil constituait une exigence trop lourde pour les gens vivant mal avec leur genre et voulant le changer de manière simple. Il explique qu'il n'y a aucun lien entre ces deux questions ni de contradiction avec le droit fédéral. S'agissant du texte, il pense qu'il s'agit d'un problème de consentement, toute atteinte à l'intégrité physique est interdite dans la loi et nécessite le consentement éclairé. Il demande s'il n'est pas possible d'obtenir le consentement éclairé avant la majorité.

L'auteur pense qu'il est impossible ou très difficile à déterminer avec tous les protagonistes autour de cette problématique. Le seul choix laissé aux parents est la réassignation ou le suicide.

Un commissaire S pense que l'idée qu'une personne puisse librement changer de sexe à l'état civil, mais ne rien entreprendre en termes de traitements est discutable. Il revient sur les sanctions, il ne les connaît pas dans le détail et demande au premier signataire s'il est conscient que les sanctions, dont l'interdiction d'exercer à l'art. 134 de la loi sur la santé, sont de lourdes procédures et pas juste des sanctions administratives. L'auteur répond en soulignant la notion de proportionnalité dans la loi. Il considère qu'une

professionnelle est au courant des faits et des actes interdits sur mineure et que c'est donc normal qu'elle puisse être sanctionnée.

Une commissaire PLR pense que le projet de loi reflète des inquiétudes dans la société. Elle ne comprend pas si le but est d'interdire la temporisation, donc les traitements pour la puberté. Par exemple, pour une fille qui laisse passer sa puberté, les traitements seront d'autant plus lourds si elle les prend plus tard. Dans le cas d'un homme, c'est pire, car la voix va muer de manière irréversible. Si ces personnes doivent attendre d'avoir dix-huit ans, la personne conservera par exemple sa voix d'homme malgré toutes les opérations. Elle demande comment l'auteur perçoit l'aspect irréversible de la loi. Elle s'enquiert quant à la question de l'autorité parentale, du cas où l'enfant souhaite prendre des traitements médicaux, qu'elle veut transitionner et que les parents acceptent. Elle ne voit pas pourquoi il faudrait alors tout bloquer.

Lionel Dugerdil explique que ce serait seulement pour la phase de temporisation. Pour les personnes de 18 ans qui auront persisté dans leur envie de faire leur transition, ce sera d'autant plus compliqué, pour autant que le traitement ait bien fonctionné. Le PL ne peut pas le prendre en compte afin d'éviter de poser un problème à celles pour qui la réassignation n'est pas une solution. Les autrices ne veulent pas prendre le risque de donner ces médicaments à ces gens qui n'en ont « pas besoin ». Elles préfèrent protéger l'enfant qui ne passera pas par la chirurgie et la réassignation sexuelle plutôt que celui qui le fera.

La commissaire PLR pense qu'il s'agit plutôt de l'empêcher de faire totalement le transfert, l'auteur acquiesce et la commissaire revient sur la question de l'autorité parentale. Lionel Dugerdil souligne que l'autorité parentale est bafouée par l'autorité médicale, notamment quand les médecins laissent seulement le choix entre la réassignation ou le suicide. Il faut les prévenir qu'il y a d'autres traitements et la commissaire PLR demande lesquels. Pour l'auteur, il s'agit d'accompagnement et de suivi psychologique.

La commissaire PLR comprend par-là que l'auteur en revient à dire qu'il faudrait leur dire de ne pas être dysphorique. Le premier signataire assure que non, que c'est qu'il faut leur faire accepter la dysphorie de genre. Pour lui, la réassignation sexuelle n'est pas un traitement de la dysphorie de genre.

La commissaire comprend que les parents doivent accepter soit la réassignation, soit le suicide des enfants. Elle se demande si la loi ne risque pas alors de contribuer d'autant plus au suicide de certains enfants. L'auteur ne pense pas qu'il faille partir du principe qu'elles se suicideront, mais qu'elles doivent être suivies psychologiquement et éviter qu'elles ne se suicident.

Un commissaire S revient sur son souhait de définir les milieux et les praticiennes qui font choisir entre la réassignation et le suicide. Il demande s'il a eu vent de praticiennes qui subissent des pressions des familles et associations contre les traitements d'assignation. Il demande à auditionner des médecins dont c'est la spécialité, par exemple des psychiatres, et s'il est possible de fournir des études médicales, montrant le bien-fondé de l'accompagnement, respectivement des traitements psychologiques à la place des traitements actuellement administrés aux mineures. L'auteur ne peut pas répondre sur le moment, mais affirme qu'il fournira la liste de ces associations. L'auteur dit ne pas avoir entendu parler de médecins subissant des pressions et ne répond pas à la question sur les études.

Un commissaire Ve s'intéresse à la notion de consentement éclairé. Selon l'OFSP, le fait d'être atteint de troubles psychiques, d'être sous curatelle, d'être mineure, ou d'être âgée n'est pas synonyme d'incapacité de discernement et il demande si ce PL n'est pas contraire à la définition du droit fédéral. Il demande s'il a parlé à des parents ayant des enfants qui ont souhaité changer de sexe et qui étaient pour. L'auteur affirme avoir parlé avec des parents qui ont été face à ce cas, qui étaient en faveur ou non. C'est quasi systématiquement comme cela que les faits leur sont exposés par les médecins, sans qu'elles aient le choix en tant que parents. Pour le consentement éclairé, il pense qu'il existe une différence entre ne pas avoir le choix de suivre un traitement, et administrer à des enfants des médicaments qui sont à l'origine pour un traitement du cancer de la prostate. Ce n'est pas acceptable et il faut protéger les enfants. Le commissaire Ve rappelle que ces médicaments sont aussi administrés à des enfants pour des pathologies qui n'ont pas de rapport avec ce thème.

Un commissaire S s'interroge aussi au sujet du consentement et pense qu'il s'agit finalement d'une question d'opportunité. En réalité, une décision doit être prise par rapport à la réassignation, c'est un droit strictement personnel absolu. Ce n'est pas imaginable qu'une personne puisse prendre une décision à la place de quelqu'un n'ayant pas la capacité de discernement. Il rappelle qu'une commissaire PLR a mentionné l'autorité parentale. Pour lui, si la personne est capable de discernement, elle doit pouvoir prendre la décision. Il ne pense pas que la capacité de discernement intervienne à 18 ans, car en termes d'actes médicaux, elle est plutôt entre 12 et 16 ans. C'est un peu arbitraire.

Lionel Dugerdil reconnaît le côté arbitraire, mais indique qu'un texte de loi doit fixer les limites. Une mineure de 10 ans n'a pas les moyens de se dire que sa maladie, son mal-être, peut se traiter autrement que par un changement de sexe. Plus elle va grandir, plus elle va être en capacité d'appréhender sa

maladie, et il faudra lui laisser le choix, mais à 10 ans, il est trop tôt pour faire le choix d'être réassignée sexuellement.

Un commissaire UDC interrompt le débat sur la capacité de discernement en affirmant que ce n'est pas le sujet. La loi ne veut pas interdire aux enfants de moins de 18 ans d'être transgenre, ni aux parents d'avoir un avis, elle veut interdire au personnel de la santé d'agir. Il estime que l'exigence imposée à l'auditionné sur toutes les conséquences juridiques n'est jamais celle imposée à des gens arrivant avec des « sujets de gauche ».

Une commissaire PLR rappelle qu'il n'est pas (seulement) question de la capacité de discernement, mais aussi celle de l'autorité parentale et de savoir si tous les critères sont réunis par aller de l'avant avant la majorité. Elle comprend que l'auteur soit réticent à des changements avant la majorité, mais elle n'est pas d'accord avec la sanction et cette conspiration selon laquelle tout le monde pousse les enfants à la réassignation. Elle s'est rendu compte que l'âge de la puberté entre 16 et 18 ans est crucial, que beaucoup de choses se produisent à ce moment-là, où voir son corps changer est très compliqué. C'est à 16 ans que la qualité de vie de ces personnes peut vraiment changer. Dans les faits, c'est à 16 ans que se passe la puberté. L'auteur n'est personnellement pas opposé à un amendement abaissant l'âge à 16 ans. Son intérêt est surtout pour les plus jeunes enfants dont le consentement est très difficile à obtenir.

Audition de Adrien Stiefel, chargé de ministère pour les questions LGBTIQ+ de l'Eglise protestante de Genève

L'antenne LGBT est une association de prévention dans le domaine religieux de l'homophobie et de la transphobie. Elle se sent ainsi concernée en premier lieu par le PL 13327 sur les thérapies de conversion, qui n'est toutefois pas l'objet direct de ce rapport.

L'interdiction des thérapies de conversion leur est chère et elles trouvent que la réponse proposée semble excellente, notamment sur la prise en compte des abus spirituels et de l'endoctrinement. Son domaine de compétence porte surtout sur les communautés religieuses, qui exercent une pression sur les individus majeurs et mineurs dans le but de les réorienter sexuellement, pour qu'ils « redeviennent hétérosexuels ». A Genève, il est possible aussi de s'appuyer sur la loi sur la laïcité, et son règlement d'application qui mentionne l'abus spirituel. Même si le PL 13327 ne concerne pas seulement les questions religieuses, dans 90% des cas, il lui semble que ces pratiques proviennent d'une idée doctrinale, d'une église qui prêche un enseignement que l'homosexualité est une maladie dont il faut guérir. Il voit beaucoup de cas dans ses consultations, dont l'exemple d'un jeune de 16 ayant fait son *coming*

out dans sa famille chrétienne fondamentale. Sa famille l'a séquestré et a fait venir un pasteur. Sa maman lui a dit « si Dieu ne te guérit pas, je préfère qu'il te tue ». La question de la religion est importante dans ce genre de situation.

L'auditionné pense qu'il est important de condamner la pratique d'une pasteure, d'une prêtre, d'une psychologue qui va exercer une pression volontaire en vue d'une réorientation sexuelle. En tant que ministre à l'Eglise protestante, il reçoit des jeunes et moins jeunes pour un accompagnement. Il doit lui aussi se limiter si quelqu'un a un questionnement, il doit laisser cette personne faire son chemin. Ce n'est pas à lui de la pousser à faire des choix de vie qui la précipiteraient à penser qu'elle est homosexuelle. Pour le PL 13327, il comprend les questionnements, surtout par rapport à l'art. 7 al. 2 let. c LIMOIG s'agissant des accès aux soins et des chirurgies d'affirmations. Cela peut être une des situations auxquelles l'Antenne est confrontée, mais ce n'est pas le plus important. Ce PL est porté par le DSM et l'application doit être pluridisciplinaire, les questions d'égalité et de laïcité doivent intervenir, ce n'est pas que médical. Pour sa part, si la deuxième partie de la lettre c. précitée cause tant problème, elle pourrait être enlevée, il n'y tient pas particulièrement.

Quant au PL 13324, il préfère laisser des spécialistes du domaine en parler. Dans sa pratique d'accompagnant, il peut toutefois être confronté à des personnes en transition. La plupart du temps, quand une jeune entreprend une démarche de transition, ce n'est pas une mode, mais une réponse à des souffrances réelles. Le risque de suicide est important, donc il faut agir vite. Contrairement à ce qui est affirmé, le temps avant la possibilité pour une prise d'hormones pour une adolescente est de plus de deux ans. Il a l'impression que le soin apporté à l'accompagnement d'une jeune est déjà très important. Pour lui, le titre du projet de loi ne fait pas de sens, car les chirurgies ne sont pas autorisées avant 18 ans. Il pense que ce texte a été réalisé à la va-vite et n'a pas de base scientifique sous-jacente.

Une commissaire PLR pense que la problématique réside surtout dans la place de l'autorité parentale chez les mineures, et de ce qui est admissible ou pas. Vis-à-vis des thérapies de conversion, elle a surtout entendu des exemples liés aux cas d'orientation sexuelle et affective. Elle demande s'il a aussi accompagné des cas au sujet de leur identité de genre. Dans la problématique, ce PL vise à réprimer tout ce qui interdit l'identité de genre, donc un parent qui s'oppose à la prise d'hormones de son enfant pourrait tomber sous le coup de cette loi et pourrait donc être sanctionné. Elle demande s'il a eu affaire à des cas de personnes transgenres et comment il aborde ce sujet. Elle différencie l'orientation affective et sexuelle qui est un fait et où il n'y a pas besoin d'opération nécessaire, de l'identité de genre.

Adrian Stiefel accompagne tant des personnes homosexuelles que transgenres. Un travail a été réalisé dans la prévention de l'homophobie dans les milieux religieux, mais pas pour la transphobie. Il y a encore beaucoup de travail à faire. La société judéo-chrétienne a une vision créationniste de l'homme et de la femme, vision qui reste extrêmement binaire. Tout détournement de ces fondements est considéré comme un mal à guérir. Il est clair que, pour la plupart des familles religieuses et des jeunes, le choix d'engager une transition demande souvent une rupture familiale et communautaire. Dans son cas, c'est ce genre de pratique qu'il aimerait pouvoir éviter et le rejet de la transidentité d'une jeune ou moins jeune au nom d'une idée doctrinale.

Une commissaire PLR souligne l'impact révolutionnaire sur les religions d'imposer par la loi et de sanctionner toute personne s'opposant à la transition et se demande si c'est la solution adéquate. L'auditionné acquiesce, tant que le droit à l'autodétermination est préservé et qu'il est possible de contrôler que les jeunes ne sont pas sous influence, la religion doit être respectée.

Adrian Stiefel souligne l'intérêt public de leur démarche et la collaboration avec d'autres communautés religieuses et souligne l'importance des moyens à disposition.

Une commissaire LC se demande si cela ne revient pas à interdire les religions. Ces personnes vont chercher la spiritualité d'une manière ou d'une autre, dans la communauté qui est la leur, par définition elles sont influencées par cette communauté. Elles vont ressentir une pression qui se crée autour d'eux, volontaire ou non, qui constitue le cadre spirituel et religieux. Elle mentionne qu'il a avoué qu'il serait limité dans sa pratique. Fondamentalement, les textes religieux parlent d'homme et femme, pas entre les deux. Toute la spiritualité, qu'elle soit chrétienne ou islamique, est basée sur ces textes qui sont très clairs. Elle s'interroge comment, avec un tel texte, il est possible de faire la part de ce qui est un conseil, de ce qui est considéré comme une pression, de ce qui exercera forcément une influence sur l'orientation sexuelle. Les textes spirituels forgent toute leur identité humaine, dont l'identité de genre qui est orientée par cela. Elle ne voit pas comment l'Etat pourra légiférer pour demander s'il y a eu orientation ou exercice d'une pression insupportable sur la personne.

Adrian Stiefel pense que, s'agissant des textes religieux, un travail important doit être fait ainsi qu'une déconstruction du texte. Ces textes condamnent souvent l'homosexualité sur la base d'une lecture littérale. Dans le cas d'une analyse avec une approche historico-critique, on comprend l'intention autrement et l'interprétation des textes change. Il est possible d'y apporter une compréhension différente, que la religion soit chrétienne ou

musulmane. On peut alors arriver à un message de base que la religion devrait transmettre : celui d'amour inconditionnel, de non-jugement et le soutien de l'autre dans un moment de difficulté. Toutes les religions influencent, mais son rôle à lui n'est pas de faire du prosélytisme. S'il reçoit quelqu'un en difficulté, son but n'est pas de lui dire quoi faire, mais de lui donner un espace de sécurité pour qu'elle trouve ses propres vérités. Il n'est pas limité dans sa pratique, car il ne transgresse pas à inculquer des vérités à quelqu'un.

La commissaire LC comprend son propos, mais estime, à la louche, que 90% de celles au cœur de la transmission spirituelle, des curés ou des imams par exemple, interprètent les textes de manière intelligente et moderne. Ils s'attachent à une lecture très littérale, que ce soit dans le christianisme ou l'islam. Elle voudrait bien que tout le monde fasse le même travail que lui, mais 90% de l'islam et du catholicisme ne pratiquent pas cela.

Un commissaire UDC vient sur le besoin de légiférer, qui doit toujours être une question préalable. Il rappelle que la Genèse dit « il les créa homme et femme », il y a donc une forte probabilité que les gens étant attachés à ce texte soient plutôt fermés à l'idée qu'il y ait autre chose, sur le plan théorique il comprend cela. Il ne comprend toutefois pas ce que le PL 13327 apporte de concret, d'autant plus avec la tendance exposée par l'auditionné dans la religion à être répressif sur ces choses. Dans le cas de l'adolescent séquestré susmentionné, la séquestration est déjà traitée par le code pénal, de même que la menace. Il se demande ce que cette loi apporterait d'utile et demande les données statistiques des personnes rencontrées. Des personnes disent souffrir de ce que vise cette loi et pas des préjugés qui existent dans les religions en général. Cette loi vise des pratiques qui consistent à soumettre quelqu'un à une pression qui l'empêche d'être ce qu'il est. Il demande quel type de pratiques il a constaté et combien, et s'il est possible d'auditionner ces personnes victimes. Il a cherché longuement l'existence de thérapies de conversion. Il n'a jamais rencontré ces associations pratiquant des conversions en Suisse.

Adrian Stiefel pense qu'il est important de souligner l'existence des camps de réorientation. Il est lui-même passé par des thérapies de conversion et des exorcismes pendant son adolescence. C'est aussi la raison qui l'a poussé à prendre cette cause à cœur. Il a commencé par une conversion dans les églises évangéliques à Genève, sans violence mais avec une thérapie très claire où il fallait guérir. Il était accompagné de personnes ayant été, soi-disant, soignées de l'homosexualité. Sinon, la seule solution était l'abstinence et le célibat. Il a ensuite suivi un cursus aux Etats-Unis et au Royaume-Uni où il est passé par des thérapies plus formelles et un exorcisme. Le fond était clairement que l'homosexualité était une perversion et une maladie dont il fallait guérir. En

apparence, il était consentant, ayant grandi dans un contexte où soit il changeait, soit il perdait sa communauté et son salut.

Il n'y a pas certes d'exorcismes tous les jours, mais il y en a. Toutes les semaines, il reçoit des appels à ce sujet. Parmi les 120 personnes dans sa communauté, au moins 80 sont concernées d'une manière ou d'une autre. Il prend l'exemple d'un homme du comité, marié avec son conjoint et père de petites filles qui a perdu toute sa famille il y a vingt ans. Plus jeune, il avait été *outé* publiquement par le pasteur et n'a plus reparlé à sa famille depuis. Le pasteur, qui a exercé cette pression en dévoilant publiquement son homosexualité, devrait par exemple rentrer sous le couvert de cette loi.

D'autres exemples sont parfois moins dramatiques. Aujourd'hui, il s'occupe d'une personne de 45 ans dans une communauté évangélique. Elle est mariée et a des enfants. Cet homme est en arrêt maladie en raison d'une profonde dépression, car il a toujours su qu'il était homosexuel. Il est présent dans sa communauté, marié à une femme, et il ne sait pas quoi faire sous risque de perdre sa famille et sa communauté. Il n'est pas prêt à faire ce pas. Ce n'est pas le rôle de l'auditionné de lui dire qu'il est homosexuel, mais de lui dire dans quel cadre évoluer. Cet homme est mis sous pression par son pasteur qui l'incite à se concentrer sur la volonté de Dieu et lui promet qu'il va à nouveau ressentir du désir pour sa femme.

Un commissaire UDC souligne que les exemples cités se sont déroulés il y a un certain nombre d'années, où la culture était bien moins accueillante sur la diversité. Il réitère ses doutes sur la réponse effective de ce projet de loi à un problème actuel.

Après s'être inscrite en faux aux propos de la commissaire LC sur le peu de chrétiens ou de musulmans qui seraient libéraux et intelligents, une commissaire PLR souhaite savoir s'il serait pertinent de supprimer l'identité de genre de ce PL car le but est vraiment de protéger l'orientation sexuelle. Elle avoue manquer de connaissances à ce sujet, elle se dit qu'il faut d'abord protéger l'orientation sexuelle pour respecter l'intersection entre les droits LGBT et la religion, c'est la liberté de conscience. Selon le pacte relatif aux droits civils et politiques, chacune a le droit d'exprimer et d'avoir une liberté de conscience. Elle demande si l'identité de genre ne crée pas une confusion et si s'en tenir à l'orientation sexuelle ne serait pas plus simple.

Adrian Stiefel ne pense pas qu'il faille enlever l'identité de genre, en donnant quelques exemples de personnes transgenres qu'il accompagne et qui ont aussi besoin de cela.

En conclusion, Adrian Stiefel pense qu'il est essentiel de légiférer pour amener une nouvelle norme sociale et pour montrer à ces jeunes que ce qu'ils

subissent est illégal. Il est important d'accompagner une victime et de lui proposer des espaces de reconstruction. Il est aussi important de travailler avec ces instituts pratiquant les thérapies de conversion. Leur institution est au carrefour entre le milieu ecclésial et le secteur associatif où ils ont un rôle à jouer s'agissant du consentement. Il a toujours ouvert sa porte aux églises qui ont des pratiques qu'il condamne afin de discuter de certains sujets, comme l'interprétation des textes.

Audition de Frédéric Spycher, président de l'AMQG, et Stéphane Mitchell, vice-présidente

Frédéric Spycher explique que son association n'est pas celle de spécialistes, mais représente un regard du terrain. Il explique être le père d'une fille qui a été concernée par une transition et que c'est à ce titre qu'il a fondé l'association. Stéphane Mitchell s'intéresse, elle, à cette problématique d'un point de vue féministe. Dans son entourage, elle est proche d'une quinzaine de familles de jeunes concernés. Elle a commencé à s'intéresser à ce sujet après avoir entrepris un master en études genre.

L'AMQG se concentre sur les jeunes jusqu'à 25 ans, puisque le cerveau se développe jusque-là. L'association a démarré à Genève et s'est étendue sur le plan national. Un tiers des soutiens sont anonymes puisque ce sujet concernant la médicalisation des jeunes est un sujet brûlant. Les gens n'ont pas toujours envie de s'exprimer et de donner un avis, par peur de situations qui pourraient déraper.

Frédéric Spycher a été confronté à ces histoires avec sa fille dont la phase *transitionnaire* s'est déroulée entre 2019 et 2022. En 2017, à 13 ans, dans une lettre adressée à son père, sa fille lui raconte être amoureuse d'une fille et craignait qu'il la rejette. Il l'a invitée à ne pas s'enfermer dans une case et à vivre son histoire. Il apprendra par la suite que sa fille était victime de harcèlement à cette époque. À 15 ans, sa fille lui adressa une deuxième lettre pour l'informer qu'elle, sa fille, est devenue un garçon. La lettre est signée par son nouveau prénom. Il remarque que sa fille est profondément mal, mais que son discours est construit, qu'elle dispose de beaucoup d'informations et de contacts. Il décide de ne pas prendre la situation à la légère et contacte le médecin de famille qui les renvoie chez d'autres médecins, les non spécialistes préférant ne pas aborder le sujet.

En 2019, ils rencontrent des médecins spécialisés en questionnement de genre aux HUG, sa fille rencontre un médecin et le diagnostic de dysphorie de genre est posé en quinze minutes. Il faut donc agir dans ce sens-là et le risque de suicide élevé est directement évoqué. Le rythme est fixé par le milieu

médical et non pas par les parents. Parallèlement, l'encadrement médical suggère de contacter des associations LGBT pour rencontrer des personnes dans des situations similaires. La transition de sa fille est initiée au collège sans que ses parents en soient informés. En 2021, la transition sociale est actée par le changement de pronoms et de prénom, actée par beaucoup de ses amis et sa famille. Il a beaucoup de recul, mais essaie d'aller dans son sens. Sa fille a témoigné que, plus l'environnement l'acceptait en tant qu'homme et l'appelait ainsi, plus elle a senti que son corps devait être en adéquation avec ce qu'elle ressentait. En juillet 2020, les membres de sa communauté LGBT lui ont assuré que le psychiatre qu'elle voyait ne lui donnerait jamais de certificat pour entamer une transition. Elle a donc été orientée vers des psychiatres transaffirmatifs.

En 2020, après 3 mois de consultations et 4 séances individuelles, sa fille est propulsée en 6 lignes vers la « mutilation » et la médicalisation alors qu'elle a seulement 16 ans. Ils sont menacés par une association LGBT (Dialogai) d'une dénonciation aux autorités, voire du retrait de l'autorité parentale s'ils n'agissent pas dans ce sens-là.

A ce moment-là, ils sentent que leur fille va extrêmement mal et tentent de trouver des solutions alternatives avec des psychologues et des activités qui pourraient lui redonner confiance en elle. Ils l'ont mise à la musculation et à l'écriture. Progressivement, elle se rend compte que son mal-être est plus large que la dysphorie de genre. Être un garçon était une finalité et un moyen de soigner son mal-être. Elle a réalisé qu'accorder son corps à ce qu'elle ressent n'est pas la solution, mais qu'elle peut travailler dessus.

En 2021, ils font l'objet d'une double dénonciation au SPMi et au TPAE pour maltraitance psychologique par l'association LGBT (Dialogai) alors que leur fille n'a plus de contact avec eux depuis plus de 6 mois. Le dossier a été classé sans suite tant au SPMi qu'au TPAE. Le dossier personnel de l'association militante leur a été refusé, leur fille ayant dû recourir à une avocate pour accéder à son dossier personnel.

Ces messages marquent la fin de 2 ans et demi de questionnements et de profond désarroi. En 2023, elle est réconciliée avec elle-même, elle a un petit copain, elle peut être pleinement femme sans en suivre les stéréotypes de genre. Ces stéréotypes l'ont plus contrainte que libérée. L'auditionné ne peut pas s'empêcher de penser que s'il avait suivi les injonctions des équipes pluridisciplinaires des hôpitaux et des associations LGBT, elle serait aujourd'hui médicalisée et mutilée. Il aurait été poursuivi si le PL 13327 était en vigueur.

Grâce à l'association, ils se sont rendu compte que ces situations se déroulent de manière identique en Suisse et à travers le monde. Beaucoup de parents et de jeunes témoignent et certains ont détransitionné ou se sont désistés et restent non binaires. Certains ne présentaient pas depuis l'enfance des caractéristiques spécifiques, comme un petit garçon faisant des choix très féminins et l'inverse pour les petites filles, et tout est arrivé d'un coup à l'adolescence, souvent après avoir passé du temps sur les réseaux sociaux. Les médecins et les associations les genrent tout de suite, le spectre du suicide est omniprésent et terrorise les parents. La transition sociale est actée à la maison et à l'école.

Beaucoup de comorbidités et de psychopathologies seraient associées chez ces jeunes, telles que des violences sexuelles, des décès dans la famille, des traumatismes, de l'anorexie, de la scarification. 35% d'entre eux se situeraient sur le spectre de l'autisme. Les médecins ont aussi constaté que beaucoup de jeunes gays, lesbiennes et bisexuels vivaient une homophobie intériorisée. Ils se faisaient harceler, car ils ne correspondaient pas aux stéréotypes de genre : des garçons efféminés et des femmes masculines, qui croient être dans le mauvais corps. Les parents sont écartés et les hormones très vites prescrites. Il y a une minimisation des risques sur la santé sexuelle, psychique et reproductive. Le discours public selon lequel tout va bien, que c'est normal, qu'il y a une approche personnalisée de ces jeunes, qu'ils respectent ce qu'ils sont, montre un décalage avec ce qui est vécu.

L'association affirme qu'il y a une nette augmentation de jeunes se déclarant de l'autre genre, les graphiques sont à retrouver en annexe.

La détransition concernerait surtout les adultes. Il y a une progression fulgurante du nombre de détransitionneurs sur les forums Reddit. En allant lire le témoignage de ces jeunes, beaucoup sont déchirants, ils n'ont plus de seins, ils ont une voix de garçon, ils n'ont plus de pénis, ils expriment un regret. Il n'y a pas beaucoup de médecins spécialisés dans la détransition. Le regret leur prend un certain nombre d'années, puisqu'ils sont célébrés sur les réseaux sociaux en transitionnant.

Stéphane Mitchell souligne l'existence de controverses alors qu'il est possible de lire qu'il existe un consensus médical. Elle se demande aussi si l'autodiagnostic d'une patiente mineure fait consensus ou non. C'est selon elle un ressenti qui est impossible à prouver. Frédéric Spycher explique que l'approche transaffirmative qui consiste à ne pas questionner le jeune et l'accompagner à mettre son corps en adéquation avec son ressenti est objet de controverse. Certaines spécialistes disent que c'est une bonne méthode et d'autres une mauvaise. A titre de parents, elles sont en état de devoir se poser la question de comment engager leur enfant adolescent, une période de grandes

fluctuations, dans une approche controversée puisque les conséquences seront pour l'avenir.

Au sujet des controverses, il est indiqué que la Dre Marci Bowers, femme transgenre présidente de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) et pratiquant des opérations de réassignation sexuelle, a expliqué qu'une enfant subissant ces opérations sera ensuite anorgasmique. Il est impossible d'avoir une vie sexuelle normale sans passer par la puberté. De plus, ces personnes sont stériles. La pédopsychiatre Erica Anderson, elle aussi transgenre, a quitté la WPATH en estimant que tout allait trop vite et qu'ils ne respectent plus la patience et l'exploration, ce que doivent faire les médecins.

Des pays avant-gardistes en matière de changement de sexe seraient maintenant en train d'encadrer strictement ces pratiques. Ces projets de lois arrivent donc au moment où ils constatent des controverses, il faut se baser sur des données factuelles et pas des idées et il faut distinguer le scientifique du militantisme. Il faut savoir comment proposer une alternative et accompagner les jeunes dans une temporisation. Il est indispensable d'analyser ces sujets et il lui paraît important qu'un travail sur l'aspect des droits humains et de la santé soit effectué.

L'AMQG note que l'interdiction des thérapies de conversion incluant l'identité de genre encadrerait strictement les questionnements et que toute question par un spécialiste pourrait être assimilée à de la thérapie de conversion. Cela enfermerait les jeunes dans un processus médical à un moment où ils doivent être entendus et encadrés. Ils plaident d'orienter les jeunes non pas dans un programme prédéterminé mais dans un programme fluide.

D'après eux, la proposition initiale visait à interdire les thérapies de conversion dans le canton de Genève. La motion a ensuite été réintitulée et mentionnait toutes les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Ce glissement n'est pas sans effet. Aussi, le titre de la proposition faisait la distinction entre les majeurs et mineurs.

Un commissaire socialiste demande s'il serait possible d'auditionner une personne ayant « détransitionné », par exemple la fille de Frédéric Spycher. Il demande si l'AMQG fait une différence entre transidentité et non-binarité et enfin, si les questionnements d'adolescentes englobaient des stéréotypes de genre, qui en serait responsable d'après eux. Stéphane Mitchell estime la question de la non-binarité comme non pertinente et qu'il faut penser à toutes les différences de genre, qui peuvent beaucoup fluctuer, sans les médicaliser. Beaucoup reposerait sur l'influence des réseaux sociaux et dans la nécessité de faire communauté à cet âge.

Une commissaire PLR indique être réconfortée dans son idée qu'il ne faut pas forcément « faire les choses » avant la majorité. Elle demande ce que les auditionnées répondent à celles qui affirment qu'il faut absolument bloquer la puberté entre 16 et 18 ans, car tout se joue à ce moment-là et que commencer une transition à 18 ans crée trop de problèmes.

Stéphane Mitchell explique qu'ils constatent des controverses sur les bloqueurs de pubertés qui peuvent être dangereux. Pour l'aspect médical à la question, cela peut rendre stérile. On n'en sait pas assez sur ces bloqueurs de puberté, et les personnes concernées ne peuvent passer par la puberté de l'autre sexe. Il y a un problème médical et elles invitent la communauté médicale à en parler. Une jeune qui veut vraiment quelque chose à l'adolescence « sait » ce qu'elle veut, elle est déterminée. Ce qui la choque, en tant que féministe, c'est de vouloir les laisser avoir un meilleur *passing*. Au détriment de leur santé, il ne sera pas attendu qu'elles soient passées par la puberté et qu'elles soient devenues des adultes pour les laisser être à « l'extérieur » de leur corps.

A la question d'un commissaire Ve qui demande combien de temps il faudrait attendre et si ce temps varie selon l'âge de la personne, Frédéric Spycher affirme que, pour l'avoir vu avec sa fille, chaque situation familiale est spécifique et particulière. Il ne pense pas qu'il existe une réponse unique, certaines enfants sont beaucoup plus combatives. Il a la chance de n'avoir jamais perdu contact avec sa fille, ils ont conservé leur rapport cordial malgré les divergences d'opinions. Stéphane Mitchell souligne que le passage par la puberté est important pour elles et pour leur orientation sexuelle, c'est là qu'elles se construisent.

Frédéric Spycher affirme qu'il s'agirait d'une stratégie d'évitement et indique qu'il n'avait pas compris que sa fille était victime de harcèlement. S'il l'avait su plus tôt, il aurait pu l'accompagner. Il estime que, par principe, ces idéologies ne veulent pas questionner.

Un commissaire UDC relate qu'il existe dans toutes les traditions des phénomènes de transition de genre, en Asie du Sud-Est, au Brésil. C'est souvent lié à l'homosexualité et à la prostitution, et c'est souvent l'affaire de garçons. Selon les statistiques, et cela semble être un phénomène récent, cela se développe chez les filles. Il demande quel est l'élément déclencheur autre que le questionnement de genre à l'école, qui contribue à ce que cela arrive chez les filles aujourd'hui. Il souligne une bataille idéologique entre ceux qui préconisent de passer rapidement sous le bistouri et ceux qui préconisent d'aller lentement. Stéphane Mitchell n'a pas de réponse à l'heure actuelle et indique qu'il faudrait des études. Frédéric Spycher avance les études des réseaux sociaux, en particulier TikTok et du nombre élevé d'enfants exposés à de la pornographie. Un référentiel de l'image de la femme basé sur la

pornographie et un « marché » qui permet de transitionner peut influencer. Il évoque aussi la possibilité de transgression. Enfin, le harcèlement subi par les femmes, notamment sa fille après sa puberté, doit être pris en compte.

Une commissaire PLR demande le nom de l'association militante qui a effectué une dénonciation. Il s'agit de Dialogai.

Elle demande également si la position de l'AMQG est de ne rien entreprendre avant 18 ans. A défaut d'un chiffre exact, il lui est répondu qu'il est difficile à imaginer pour l'AMQG qu'un enfant se faisant « couper les seins » ne voudra plus se suicider. Ils parlent de jeunes, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 25 ans, car le cerveau n'a pas terminé sa maturation jusque-là. La loi sur la stérilisation, par exemple, exige un rapport ainsi qu'une étude approfondie de la personne et que cela ne se fasse pas avant 25 ans. 98% des enfants prenant des bloqueurs de puberté enchaînent sur les hormones puisqu'ils n'ont pas eu de puberté. Il s'aperçoit aussi qu'une transition sociale est aussi loin d'être anodine. La condition sociale confond le changement de prénom et de pronoms. Ce qu'il faut intégrer, c'est que c'est terriblement engageant pour ces enfants.

A la question d'un commissaire S sur le côté irréversible de la puberté, sans l'usage de bloqueurs de celle-ci, risquant d'entraîner une transition d'autant plus difficile par la suite, Stéphane Mitchell souligne que cela fait quinze ans qu'il y a une vague de transition chez les jeunes. Elle pense qu'il est difficile de dire à un jeune de 16 ans que s'il ne bloque pas sa puberté, il risque de le regretter plus tard. C'est ne pas situer la question au bon endroit. Il leur faut des statistiques sur le nombre de ces personnes qui ne regrettent pas d'avoir eu des problèmes de santé, de rupture, de n'avoir pas d'enfants, d'avoir de l'ostéoporose. Ils restent dans un discours, il faut des études et des preuves factuelles sur le long terme. Pour l'instant, c'est beaucoup trop tôt. Son sentiment est basé sur ce qu'elle a lu. Ils veulent tous le bien-être de ces enfants et savoir ce qui est le mieux pour eux. Ils ont besoin de soins médicaux de la plus haute qualité et qui ne soient pas basés sur une idéologie.

Un commissaire UDC souligne alors que le PL 13324 de son groupe suit le principe dominant de précaution, afin de ne pas agir s'il n'y a pas de précaution. Frédéric Spycher, lui, dit ne pas souhaiter ne pas agir, mais différemment. Le commissaire UDC entend que, pour lui, la précaution, c'est de s'abstenir dans le doute. Son interlocuteur lui rétorque qu'il pense qu'il faut trouver autre chose. Il faut explorer, documenter de manière scientifique et non militante. L'audition s'arrête là.

Audition de L., personne concernée, Eric Amato, coprésident de la Fédération genevoise des associations LGBTIQ+, et Charlotte Pellaton, éducatrice sociale au Refuge Genève, Fédération genevoise des associations LGBTIQ+

La Fédération LGBTIQ+ s'était déjà exprimée lors de la consultation du PL 13327 et pense qu'il va dans le bon sens. La lettre déjà incriminée dans l'audition d'Adrian Stiefel leur semble également superflue, voire être utilisée à mauvais escient pour remettre en question le droit à l'autodétermination.

A la question d'une commissaire PLR, Eric Amato estime qu'il y a une confusion entre la réflexion et le traitement. Pour leur part, l'entier du PL est suffisamment clair, cette let. c ne semble pas apporter une plus-value quelle qu'elle soit et paraît apporter de la confusion plutôt qu'apporter quelque chose d'important. Cependant, de manière globale, il s'agit d'un PL qu'ils attendaient beaucoup et sur lequel ils sont très favorables, contrairement au PL 13324.

Ce dernier ne répond en rien à des problèmes existants et accentue les problèmes liés aux transitions des mineures. Cela aurait un impact négatif sur les mineures concernées sans donner les réponses nécessaires à leur accompagnement. Pour elles, l'intérêt de l'enfant est primordial, il faut sortir des postures et idéologies politiques et se concentrer sur les besoins de l'enfant. Elles ont beaucoup de connaissances sur les transitions et ce qu'elles apportent aux jeunes, sur les risques de ne pas les accompagner et de leur refuser l'accès aux soins nécessaires. Il faut souligner que les jeunes en transition sont soumis à des risques importants sur leur santé mentale, à des risques de tentative de suicide estimés à plus de dix fois supérieurs à ceux des autres jeunes en général. C'est lié aux obstacles qu'ils rencontrent, à la transphobie et à la non-acceptation de leur identité de genre.

Ces jeunes, par leur propre vécu et par les réponses qu'ils peuvent apporter face à leur identité, ont un impact sur leur santé mentale, sur leur possibilité de développement et sur leur risque de tentative de suicide qui est extrêmement important. Les études montrent qu'il faut mettre en place des accompagnements de ces jeunes, que leurs questionnements et leur ressenti soient pris au sérieux, que les soins nécessaires leur soient accessibles. Ainsi, l'impact sur leur bon développement et leur santé mentale est réduit. Lorsque ces aspects incluent et parviennent à inclure l'entourage proche et les parents, ils ont un effet encore amélioré. Si ces jeunes restent sans accompagnement, cela a un impact sur leur santé mentale, qui est la donnée de base sur laquelle il faut se centrer.

Le projet de loi de Lionel Dugerdil rend plus difficile l'accompagnement en sanctionnant les personnes accompagnantes sous la dénomination de

« promotion ». Cela viserait les personnes fournissant l'information nécessaire et les jeunes concernés par ces questionnements nécessitant un accès aux différentes instances qui les accompagnent. Elle vient sanctionner les professionnelles de la santé qui veulent prendre en charge de manière adaptée les jeunes concernés. Sous l'angle de la problématique de la santé mentale de ces jeunes, ils viennent attaquer ce qui permet de répondre à leurs besoins. C'est une réponse inadaptée, qui accentue le problème sans le résoudre.

Charlotte Pelatton travaille au Refuge Genève, un service de l'association Dialogai. C'est un lieu d'accompagnement socio-éducatif de jeunes LGBTQIA+ jusqu'à 30 ans. Cet accompagnement s'organise de différentes manières, dont un accueil libre la semaine qui permet aux jeunes de venir passer du temps et sociabiliser dans un endroit sécurisé et encadré par des intervenants sociaux. Ils ont également un accompagnement individuel, basé sur le libre besoin des jeunes concernés et leur famille selon le besoin de chaque situation, ils s'adaptent énormément à la demande. Ils ont également un pôle de sensibilisation dans les écoles et chez les professionnels. Du côté hébergement, ils ont 3 places pour des jeunes jusqu'à 25 ans se faisant exclure de chez eux en raison de leur *coming out*. Ce n'est pas un hébergement d'urgence, mais il s'inscrit dans l'accompagnement.

Elle souligne le non-respect par le projet de loi de tous les standards de soins sur la thématique de la transidentité, les soins réfléchis et pratiqués. Toutes les recherches scientifiques vont dans ce sens et les professionnels s'occupent de tester les différentes manières de faire pour garantir la santé psychique et physique. Ce PL va à l'encontre de cela et a tendance à prôner une attente vigilante, comme attendre de voir si « par miracle » l'identité de genre va s'aligner à 18 ans. Cela ne suit pas les standards de soins prônant l'approche transaffirmative, terme qui peut faire peur. Ils parlent d'une approche et d'un accompagnement, pas d'une thérapie transaffirmative, car ce n'est pas une pathologie mentale. C'est une approche qui permet à la personne d'être en questionnement sans la remettre en question. Dans sa pratique quotidienne, si un jeune vient lui faire part de ses questionnements, elle va respecter cela, elle va lui poser des questions sur ce qu'est le genre. En tant que professionnelle, penser à la place de la personne est une approche maltraitante. L'approche « d'attente vigilante » est un manque de considération du ressenti, du vécu de la personne et, au final, un moyen de ne pas l'accompagner.

L'approche transaffirmative va permettre à la personne d'explorer et lui donner la possibilité de se poser des questions sur elle-même. Certains testent un nouveau pronom ou prénom dans l'enceinte associative, puis vont peut-être finir par changer d'avis ou le modifier, parfois revenir au prénom de naissance. C'est une question d'expérimentation, d'exploration identitaire. Il est

important d'avoir des lieux dédiés à cela. L'approche transaffirmative respecte l'autodétermination de la personne et travaille de manière interdisciplinaire. Il y a un suivi psychologique puis un suivi médical. C'est une approche qui ne montre pas forcément de marche à suivre précise dans la transition de genre, il n'y a pas forcément d'étapes. Il n'y aura pas d'incitation envers quelqu'un après sa transition sociale à passer à l'hormonothérapie ou à la chirurgie. Il est question du besoin de la personne et ils l'informent. Il faut le consentement éclairé de la personne qui est évalué à plusieurs moments de l'accompagnement. Ce PL ne respecte pas les standards de soins.

L., la troisième personne auditionnée, a 25 ans et a commencé sa transition à 16 ans, elle a toujours su que quelque chose était différent chez elle, dès ses 3 ans. Elle voulait être une fille sans savoir que la transidentité et la transition existaient. Cela a toujours été au fond d'elle, ce qui lui a posé plusieurs soucis de discrimination et de stigmatisation autour d'elle et dans sa famille. Sa famille lui en a fait pâtir, son père a tenté de la convertir et de la faire rester un homme hétérosexuel. Elle a beaucoup souffert avant de connaître la question de transition. À 13 ans, elle a tenté de s'ôter la vie pour la première fois et n'a pas pris une dose suffisante, elle s'est évanouie à l'école. Elle ne se voyait pas attendre la majorité dans ce corps, le futur semblait impossible à atteindre. Elle a fait encore deux tentatives, c'était une période très sombre, elle a eu de la peine à atteindre ses 16 ans. Après des recherches sur internet telles que « je me sens prisonnière dans mon corps », elle a vu que des associations parlaient de transidentité. Grâce à ces informations et le soutien, elle a pu commencer les démarches. Elle a rencontré des psychiatres ayant eu des comportements déplacés vis-à-vis de son questionnement, que ce n'était pas une question de genre et qu'en tant qu'homme, elle souhaitait juste avoir des relations avec des hommes.

Après six mois de psychothérapie avec un autre psychologue, il a confirmé sa dysphorie. Elle a enfin pu commencer les hormones, les étapes ont été longues pour que le corps médical confirme ce qu'elle ressent. Elle a pris les bloqueurs de puberté à 17 ans puis a pu commencer les hormones. Elle a enfin pu ressentir une euphorie en se voyant dans le miroir, que son corps correspondait à ce qu'elle ressent. Si elle n'avait pas eu tous ces moyens, ni cette aide bienveillante, elle n'aurait pas atteint la majorité. Même avec ce côté hormonal, elle rencontre toujours des difficultés d'acceptation de la société. A l'école, son corps changeait, les gens la stigmatisaient et la critiquaient. Dans son entourage, seule sa mère l'a soutenue dans cette démarche, elle relève l'importance de TransParents dans cette dynamique.

Elle a dû déménager, car la transition était très compliquée, elle était entourée de gens qui pensaient la connaître mieux qu'elle-même. De ses 16 à

21 ans, elle dut encore discuter des opérations, qui se font après la majorité. Ils l'ont préparée et ont attendu qu'elle soit prête psychologiquement et médicalement. Depuis ses 20-21 ans, elle a suivi trois opérations avec un temps de récupération très long, il lui a fallu 6 mois pour se remettre mentalement de sa première opération, après avoir passé un mois alitée. Elle a éprouvé des difficultés à accepter les cicatrices, perdre une partie de son corps était violent, mais elle est finalement devenue la personne qu'elle a toujours dû être. Même en comptant les douleurs et les démarches fastidieuses, elle ne regrette rien et pense que c'était la meilleure décision de sa vie. Il est important qu'une personne puisse s'exprimer sans devoir se justifier à chaque étape, dans une société qui est dans le rejet de tout ce qui est différent. Elle se positionne contre ce PL 13324.

Eric Amato souligne que l'accompagnement social de la personne par un professionnel est effectué dans un centre. Ils ont besoin de professionnels de la santé qui soient prêts à prendre en charge la responsabilité d'accompagner ces personnes et qui soient compétents, qui osent se former, car ils en manquent. En venant sanctionner les professionnels de la santé, le risque lié à ce projet de loi est que les futurs médecins osent encore moins se spécialiser.

Un commissaire UDC revient sur la suppression à l'art. 7 al. 2 let. c du PL 13327 évoquée, il souligne qu'il renvoie à la let. b sur le délai de réflexion en lien avec un traitement ou une chirurgie. Sa question est pratique, il s'agit du monde médical, la médecin doit s'assurer du consentement éclairé. Il faut avoir expliqué à la patiente le risque d'agir et le risque de ne pas agir, puis expliquer les complications possibles. Cela suscite chez les patientes un besoin d'y réfléchir. Il ne comprend pas comment obtenir le consentement éclairé si l'invitation à la réflexion est interdite. Il demande aussi si la commission dispose de statistiques sur le nombre de tentatives effectivement commises par les adolescentes dont la cause du trouble est celle liée au genre avec une comparaison possible de celles susceptibles d'avoir la même pulsion pour d'autres causes.

Eric Amato affirme être d'accord avec le commissaire UDC pour l'art. 7 al. 2 let. c, le plus important est le consentement libre et éclairé de chaque personne, ce qui suppose une réflexion. A leur sens l'art. 7 al. 2 let. b est déjà très clair là-dessus et sous-entend ce moment de réflexion, il n'y a pas besoin de le repréciser à la let. c. Sur cette question strictement médicale, la let. b est claire et suffisante, la let. c rajoute une confusion, car elle ne permet pas de savoir de quelle réflexion il s'agit.

Sur les statistiques, L. admet que tout le monde a des problèmes du quotidien, mais qu'en étant transgenre d'autres problèmes s'empilent. Charlotte Pellaton cite le texte « *"J'aimerais mourir." Comprendre le*

désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale » comme source pour affirmer que la *suicidalité* est en moyenne 2 à 5 fois plus élevée que chez les jeunes cisgenres. Le commissaire UDC souhaite des chiffres suisses et il lui est répondu qu'une étude vaudoise sur la victimisation relate ces sources.

Un commissaire S relate que la commission a pris connaissance de l'histoire d'adolescentes qui renonceraient à transitionner et pour qui les bloqueurs de puberté peuvent avoir des conséquences négatives. Aussi, certains parents disent se sentir victimes du chantage au suicide. Il demande des chiffres sur le pourcentage de personnes qui veulent transitionner puis qui font marche arrière, soit en Suisse soit à l'étranger. Il s'enquiert aussi de l'avis sur le risque des bloqueurs de puberté qui pourraient avoir des conséquences négatives sur le développement de la personne qui détransitionne.

Charlotte Pellaton explique que le terme détransition est un « fourre-tout ». De prime abord, il s'agit de quelqu'un qui regrette sa transition et qui retourne à son genre binaire. La question de la retransition est aussi importante à étudier et c'est toujours en cours d'étude. Une étude menée à Amsterdam entre 1970 et 2015 a montré que le taux de regret pour les personnes ayant subi une chirurgie génitale de transition de genre est de 0,6% chez les femmes transgenres et 0,3% chez les hommes transgenres. Il y a entre 1 et 3% de personnes s'étant identifiées comme transgenres qui vont ensuite faire une détransition.

Les « raisons » de ces détransitions sont principalement le rejet familial et la difficulté d'être une personne *trans*. Dans ces chiffres sont aussi comptées les personnes dont les effets de l'hormonothérapie ont eu l'effet escompté et qui arrêtent les bloqueurs. Par exemple, il s'agira d'un homme transgenre dont la voix est devenue plus basse, celle-ci ne va pas redevenir plus haute, il va arrêter les traitements, car il n'a pas envie d'être médiqué à vie. Certains s'identifient aussi dans une fluidité de genre, sans s'identifier à un homme ou une femme et sans exprimer forcément de regret. Souvent, les regrets sont liés à des chirurgies qui se sont mal passées. Pour les bloqueurs, elle ne peut pas se prononcer, car elle n'est pas médecin. En Suisse, ils prescrivent les bloqueurs pendant quatre ans, c'est une fenêtre de temps pour apporter plus de réflexion. Une fois arrêtés, ils regardent si la personne peut prendre des hormones ou reprendre sa puberté.

Une commissaire PLR demande à L. ce que cela aurait changé si elle avait pris les bloqueurs à 16 ou 18 ans. L. a commencé sa puberté à 11-12 ans et les changements physiques furent pires que tout. Le côté masculin musclé et sa pilosité que son père lui rappelait constamment étaient pour elle une torture mentale. Son père voulait lui couper les cheveux et la faire apparaître comme

un homme. Elle aurait souhaité ne pas vivre cette puberté. Plus ils attendent, plus les changements s'ancrent dans le corps. Il faut bloquer cette « mauvaise » puberté, c'est une des choses qui ont créé ce besoin de mettre fin à sa vie. Chaque année compte, chaque jour est une bataille où les personnes concernées peuvent perdre la vie. Elle a commencé les bloqueurs à 17 ans et aurait voulu commencer avant même sa puberté. Elle n'aurait jamais atteint ses 18 ans si elle n'avait pas eu ces bloqueurs avant. Soit elle se serait ôté la vie, soit des membres de sa famille malintentionnés l'auraient fait.

La commission demande de nombreux chiffres et auditions, qui seront traités par la suite dans ce rapport. Ceux du nombre d'interventions du Refuge, demandés par un commissaire Ve peuvent déjà être donnés sur le moment : en 2021, en cumulant accueil, suivi socio-éducatif et interventions de sensibilisation, le Refuge a eu contact avec 220 jeunes. 160 d'entre eux avaient une identité de genre non cisgenre et 60 d'entre eux une orientation sexuelle non hétérosexuelle.

Une commissaire PLR revient sur la prise d'hormones à 17 ans de L., elle a compris qu'en les prenant trop tard, il existe un aspect irréversible. Elle dit n'en voir aucun chez L. A part l'aspect psychologique, elle demande si le fait d'avoir commencé si tard a eu des conséquences pour obtenir le résultat souhaité. Pour les tentatives de suicide, elle demande quel a été le soutien psychologique proposé après. Avec ces PL, le comportement de son père serait considéré comme interdit et il pourrait subir des sanctions. Elle demande si cela lui paraît juste que son père soit sanctionné pour le comportement qu'il a eu.

L. explique qu'elle n'avait pas de reconnaissance de qui elle était et que le suivi apporté lui a soutenu qu'elle n'était pas anormale et qu'elle avait des droits. Ils lui ont procuré cette capacité à avancer et lui ont permis de faire les démarches, c'est ce dont elle avait besoin.

L. indique que son éducation était hétéronormée, transphobe et homophobe. Elle ne se disait pas qu'elle était transgenre, elle tentait de se convaincre qu'elle était un garçon qui aimait les filles, elle pensait être punie pour quelque chose au-delà d'elle. Pour les caractéristiques physiques et leur caractère irréversible, elle avoue être un cas particulier et rare. Elle a vécu une puberté assez douce, avec de la pilosité et des muscles, mais n'a pas mué. Sa testostérone n'était peut-être pas très élevée, mais suffisante pour l'identifier comme un garçon « cisgenre ». Elle a de la chance génétiquement, elle a une petite taille et n'a pas de pilosité faciale. Ce n'est pas le cas de la plupart des gens qui font une transition. Plus celle-ci se fait tard, plus les conséquences sont fortes. Elle a cette chance « d'avoir l'air » d'une femme cisgenre et n'est plus stigmatisée, mais il ne faut pas prendre son cas comme la norme.

Eric Amato pense qu'il est nécessaire de faire du cas par cas, spécifiquement sur ces questions de puberté et de questionnements. S'agissant de L., elle avait une transphobie intériorisée, il lui a fallu du temps pour parvenir à cette réflexion. Il y a une nécessité de pouvoir s'adapter à chaque cas.

L. pense que pour son père, sur la question des sanctions, la différence réside dans son intention. Son père était terrifié, il voyait qu'elle était féminine et harcelée, son but n'était que de la protéger, qu'elle soit comme les autres. Son père est péruvien, il a donc été élevé dans une culture très différente, ils ne sont pas ouverts sur les questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Son but était de la protéger, mais sa manière de réagir et de la traiter n'était pas appropriée. Après neuf ans et beaucoup de discussions, il exprime du regret, c'est sa fille et il l'aime, il voulait juste qu'elle soit heureuse. A la différence de ceci, les thérapies de conversion n'ont pas ce lien personnel ni ce but de protéger les personnes, mais de les formater et les mettre dans un moule, dans leur désintérêt. Son père ne voulait que son intérêt. Les thérapies veulent privilégier la société et pas la personne.

Une commissaire LC souligne le côté individuel de chaque histoire et se demande si sur ces aspects, la cristallisation dans une loi de contrôles et de sanctions ne risque pas de mener à un retour de balancier. Eric Amato pense qu'il est important de marquer la limite de ce qui est acceptable et de ce qui participe à maltraiter des personnes par refus de leur identité. Il est important de dire que la société a évolué. Pour beaucoup de parents, c'est souvent un choc, parfois difficilement compréhensible, lorsque l'enfant peut exprimer ses questionnements ou son identité de genre. Il est important de mettre en place des informations et des accompagnements. Ils ne peuvent que comprendre le parcours du parent, la difficulté d'acceptation et de compréhension de son enfant. Le Refuge Genève fait aussi un accompagnement des parents avec d'autres parents qui peuvent se partager leurs parcours. La très large majorité des parents, après avoir eu accès à l'information, comprennent et dédramatisent le fait que leur enfant n'est pas celui qu'ils avaient imaginé. L'enfant va finalement pouvoir se construire comme adulte et cela fait la différence dans le parcours du jeune. La loi est un support, ces limites légales marquant ce qui est acceptable sont absolument nécessaires.

Audition de Flore Blancpain, coprésident de l'Association TransParents, Céline Brockmann et Patrick L., membres de l'association

Flore Blancpain présente l'association TransParents créée en 2022 par des parents d'enfants trans, non binaires ou en questionnement d'identité de genre. Elle regroupe plus de quarante membres dont la majorité sont des parents, les

autres sont des proches et des alliées. L'association s'est créée en dehors du réseau d'associations LGBT genevoises et romandes car elles n'en font pas partie, elles sont de simples parents qui veulent accompagner les enfants dans leur parcours de vie. Leur association s'adresse à toute personne s'intéressant aux questions de l'identité de genre sous l'angle de l'accompagnement familial. Elles cherchent à faire entendre la diversité et surtout la singularité de chaque parcours individuel et familial. Chaque parcours ne peut être réduit à une généralité.

Le but est de sensibiliser toutes les personnes ouvertes à entendre les voix de parents, leurs préoccupations, leurs craintes et leurs questionnements. L'association veut contribuer à faire connaître la singularité, la richesse, la diversité et les difficultés de chaque parcours de transition de genre. Elles souhaitent faire part de leur vécu, comment l'accompagnement de leurs enfants au niveau familial et médical s'est déroulé. Elles ne sont pas ici pour théoriser, ni partager des statistiques, elles sont des parents qui n'étaient pas particulièrement versés dans les questions LGBT avant l'annonce de leurs enfants. Elles ont leurs craintes et leurs soucis, comme tout parent, et elles voient comment leurs enfants vont mieux de jour en jour.

Céline Brockmann a une fille transgenre, M. Elle est épanouie et heureuse, elle est étudiante en droit, elle a un grand groupe d'amis. Cet été, elle a enfin pu être en maillot comme tout le monde, car l'été dernier, elle a décidé de faire une vulvo-vaginoplastie. Ce fut très dur pour elle, avec beaucoup de peur et de douleur. Sa famille a passé l'été dernier à New York, car ce type de chirurgie ne se pratique pas sous les standards de soins actuels en Suisse. M. est une femme transgenre, car elle a été assignée à la naissance au genre masculin puisqu'elle est née avec des testicules, mais ne s'est jamais identifiée comme un homme. Son frère jumeau S. est un homme cisgenre, il a eu la chance que son genre ressenti soit en accord avec celui assigné sur la base de son anatomie à la naissance. M. a toujours été intéressée par les jouets de filles, elle voulait des déguisements de princesse, elle s'identifiait aux héroïnes féminines des dessins animés. Ils ne savaient pas ce qu'était la transidentité, ils ne pouvaient pas mettre le doigt dessus. La manière dont sont traitées les personnes trans varie selon les cultures, dans certaines elles sont vénérées, dans d'autres, moquées. Ils ont parlé à des psychologues et pédiatres qui n'étaient pas formés sur ces questions.

A l'adolescence, le squelette, les poils et la voix de M. ont pris le chemin de la biologie mâle, ses muscles et ses poils se sont développés. Le 8 janvier 2018, à 17 ans, elle fait son coming-out par message, avant d'embarquer pendant 9h dans un avion. Choc, douleur et inquiétude de la part de sa famille, mais aussi écoute et beaucoup d'amour. Elle s'est ensuite sentie de mieux en

mieux. L'accompagnement de M. s'est fait tout doucement, avec la présence de médecins et de psychologues, étape par étape. Toute la famille a été soutenue par des psys, chacune à son rythme. En mars 2019, après 1 an et 3 mois de suivi psychologique, elle a commencé les hormones. L'association Agnodice les a accompagnés pour la transition sociale en milieu scolaire. Son prénom M. figure sur sa matu, même si son passeport était encore à son nom de garçon. Comme l'a dit son père, ils ont vu M. s'ouvrir comme une fleur. L'accès à un accompagnement scientifique et bienveillant lorsqu'elle était mineure a été fondamental pour son développement psychique et psychosomatique. M. est maintenant celle qu'elle a toujours été et le monde la voit comme elle est à l'intérieur. Son parcours est peut-être idéal, ce n'est pas le cas de toutes les personnes trans mineures, certaines sont jetées de chez elles, certaines n'ont pas accès aux soins.

Patrick L. explique accompagner depuis deux ans la transition de son enfant de 16 ans, qui s'affirme désormais garçon. Il a attendu que la famille soit au complet pour leur donner une lettre. Ce fut un moment bouleversant, mais accueilli avec beaucoup de respect et d'amour par sa famille. Ils ont été reçus au Refuge, moment important de recadrage pour leur enfant en rejet de son corps. En 2021, la plupart des gens ne faisaient pas de différence entre l'identité de genre, le sexe, l'orientation sexuelle et l'expression de genre. Le pourquoi s'est transformé en comment, comment l'aider à vivre son identité de genre de façon authentique, comment en parler autour d'eux. La démarche de leur fils n'est pas militante, il a simplement besoin de vivre son identité de genre.

La transition sociale s'est faite en plusieurs étapes, d'abord en se coupant les cheveux, en s'adressant à lui au masculin, il a choisi un prénom. Son fils a changé d'école, car il préfère être connu pour sa personne que pour sa transidentité. Les périodes de règles sont toujours un peu compliquées, il se tient vouté pour faire disparaître sa poitrine, il essaye d'avoir une voix grave. Ses amis sont en pleine puberté et il reste un enfant, il réalise qu'il ressemblera toujours à un enfant à l'âge adulte. La possibilité d'un traitement hormonal est plus concrète, mais il attend. Il est bien accompagné autant par sa famille, qu'à l'école, que les équipes de soins. Ils espèrent que la situation de leur fils ne sera pas un obstacle à son épanouissement, que la société lui offrira une place dans un environnement humaniste qui pourra les accompagner sur le chemin qu'il a courageusement décidé d'emprunter.

Flore Blancpain témoigne que pendant les premières années de sa vie, son fils a été une petite fille extrêmement joyeuse. Avant l'adolescence, il a commencé à se renfermer. Tout se passait pourtant bien à l'école, il avait des amis, tout allait bien. Elle a découvert un jour, à 11 ans, qu'il avait des idées

très noires et qu'il se faisait du mal, ils ont trouvé un thérapeute. Ils ont cherché s'il était victime de mobbing à l'école mais n'ont rien trouvé, ils ont imaginé peut-être d'autres causes. La situation a cependant continué avec la dépression, l'automutilation et l'anxiété scolaire, avec toutefois un répit pendant le confinement. Quand l'école a repris, les anxiétés aussi. Il a commencé à parler de diversité, d'inclusion, de bisexualité, de transition. Il n'avait que 13 ans et testait probablement ses parents en parlant de ces sujets. Un jour, en partant pour l'école, il colla son nouveau prénom sur sa porte. Tout d'un coup, cela lui a paru évident, que c'était le mal-être de son enfant. Ils en ont parlé, ils lui ont dit qu'ils l'accompagneraient et que cela prendrait du temps.

Si elle ne savait pas grand-chose à ce sujet, elle se savait déjà alliée et soutenante de plein de causes. Son fils s'est senti mieux et continuait à aller à l'école avec son prénom féminin et son apparence féminine. Mais la dépression a vite repris, il a fait une tentative de suicide. Six mois après le coming-out, ils ont trouvé un système de soutien au niveau des HUG. Il a d'abord été pris en charge par Malatavie avant qu'il y ait de la place aux HUG pour lui. Elle lui a demandé s'il voulait conserver son prénom, c'était le cas tant qu'il était au cycle, il avait peur. Puis un jour, il s'est lacéré les poignets dans les toilettes de l'école.

Ils ont donc organisé sa rentrée autour de son identité de genre ressentie, avec son nouveau prénom. Elle remercie le cycle de l'Aubépine et le DIP pour leur aide. Tous ses amis de l'école le connaissaient sous son nom de garçon et son genre. Un an après son coming-out, il a commencé un suivi psychiatrique aux HUG, puis avec un psychothérapeute externe. Juste avant ses 16 ans, avec l'autorisation de ses parents et après moult examens médicaux, il a pu commencer les injections de testostérone. Ces injections sont vitales, il va maintenant de mieux en mieux. Les antidépresseurs ont pu être arrêtés après quelques mois de testostérone, il est accepté et reconnu par ses amis pour qui il est, il ne se cache pas, mais ne clame pas son identité non plus. Il est heureux d'être reconnu pour qui il est. Cela ne fait pas de doute, elle a un merveilleux jeune homme à ses côtés.

L'association soutient tout à fait le projet d'interdire les thérapies de conversion, mais marque son incompréhension sur le PL 13324. Sans connaître spécifiquement le processus législatif, Céline Brockmann indique sa surprise de lire un texte sans références, sans base scientifique. Elle estime qu'il s'agit d'un copier-coller de la lecture de journaux, indigne de leur conversation.

Une commissaire PLR demande à quel âge leurs enfants ont pris des bloqueurs de puberté. Elle demande si, dans le cas où ils avaient su plus tôt, cela aurait été bien qu'ils reçoivent tôt ces bloqueurs de puberté. Elle demande

aussi si la question de la transidentité avait été abordée après les tentatives de suicide, et si des professionnels ne les ont pas orientés sur cette piste plus tôt.

Céline Brockmann explique que M. avait 17 ans à son coming-out et qu'elle a pris sa première hormone à 18 ans. Elle n'a pas pris de bloqueurs, seulement des œstrogènes et des bloqueurs de testostérone. Les psychologues ne leur ont jamais mentionné la transidentité, même en tant que biologiste spécialisée dans les organes génitaux, elle ne savait pas ce que c'était. Elle aurait souhaité qu'un médecin lui en parle quand M. avait 12 ans afin d'éviter qu'elle traverse la puberté mâle. Elle a de la chance d'avoir une voix haute pour un homme, cela aurait été mieux pour elle d'avoir accès aux bloqueurs dès le début. C'est aussi dur de chausser du 43 en tant que femme, cela ramène toujours à cette dysphorie.

Elle aurait voulu que les professionnelles du domaine de la santé soient formées à cet effet, ce qui est déjà le cas en dehors de la Suisse. Elle enseigne la biologie en faculté de médecine aux futurs médecins et aux enseignantes du DIP pour qu'elles comprennent qu'il y a une minorité qui ne bénéficie pas de l'égalité d'accès aux soins. M. n'a pas eu d'idéations suicidaires, elle s'est juste renfermée lors de la puberté. Le fait de cacher constamment ses attributs était insupportable à vivre.

Flore Blancpain témoigne que, pour son fils, après un an d'entretiens avec un pédopsychiatre qui a pu établir un certificat de dysphorie, il avait 15 ans et demi, sa puberté était déjà faite. Cela lui aurait évité une poitrine, même s'il a la chance d'en avoir peu. Il est passé directement aux hormones. Elle est contente qu'il n'ait pas eu une étape de plus à vivre. Pour les idées suicidaires, elle a constaté qu'il se scarifiait, mais pas qu'il avait des pensées suicidaires. Après le coming-out, ce n'est que plusieurs mois plus tard qu'elle a su qu'il avait fait des tentatives de suicide. Il n'en a pas parlé et les a cachées, ce n'était pas un chantage mais du désespoir, il ne l'a avoué que plusieurs mois plus tard. C'est à ce moment-là qu'elle s'est dit qu'il nécessitait un suivi médical sérieux.

Le fils de Patrick L. a fait son coming-out à 14 ans. La question des bloqueurs s'est posée à 15 ans, puis s'est à nouveau posée plus tard pour la pilule afin de diminuer les règles, c'est assez violent. Ils sont pleinement dans la question de l'hormonothérapie. Ils ont eu un rendez-vous avec un endocrinologue, son fils attend que tout le monde soit prêt, il parvient à doser les choses. Il est conscient qu'ils sont des cas où cela se passe bien, qu'il n'y a pas eu de rupture. Les histoires les plus dramatiques comprennent des ruptures.

Un commissaire UDC souligne la souffrance d'être différent dans un monde qui ne les a pas prévus comme cela et la beauté de l'acceptation familiale. Les projets de lois pour lesquels ils sont consultés appartiennent

toutefois au monde différent des interdictions. En tant que législateur, il demande en quoi dans leurs parcours, qui sont de belles histoires, ces PL leur auraient été utiles. A les entendre, ils ont tout appris par expérience.

Céline Brockmann indique que pour les thérapies de conversion, ils se sentent éloignés du sujet donc ils ne veulent pas se prononcer. Sur l'interdiction de l'accès aux soins de réassignation sexuelle, c'est mal défini et n'est donc pas scientifiquement valide. Une loi interdisant l'accès à une approche de soins englobants de prendre des bloqueurs et des *cross hormones* ne semble pas utile car chaque cas est particulier. Si sa fille avait pu prendre ces bloqueurs avant la puberté, ce serait bien plus simple pour elle aujourd'hui. Interdire aux moins de 16 ou 18 ans va à l'encontre de ce qu'elle connaît.

Patrick L. pense qu'il faut garder une souplesse. Cela ne sert à rien d'interdire les bloqueurs de puberté avant 16 ans, car la puberté est déjà faite, il faut les autoriser. L'hormonothérapie doit se faire pendant la puberté, car toutes les camarades muent et évoluent alors que la personne concernée reste un petit enfant, ce qui est aussi difficile pour eux. Jusqu'aux 16 ans de son fils, ça allait, car il avait un bon *passing*, il était assez androgyne. Interdire ces traitements avant 18 ans, c'est faire le traitement après leur nécessité, renforcer la pénibilité et mettre en exergue tous les problèmes.

Une commissaire LC constate qu'ils sont trois parents qui ont accompagné leur enfant. Elle demande s'ils ont le contre-exemple de parents dans le déni au sein de leur association. Flore Blancpain rappelle que cette association est jeune, ils ont 43 à 45 membres, sans compter les conjoints. Dans l'ensemble, ce sont effectivement des parents qui ont déjà accompagné ou ont commencé à accompagner de manière positive. Elle a déjà été contactée par des parents qui étaient préoccupés par un aspect, qui étaient soutenants « mais ». Elle les a rencontrés et écoutés, puis a trouvé des membres au sein l'association ayant vécu des situations similaires. Il leur faut quelquefois partager le vécu, ils en ont besoin, comme pour plein de choses dans la vie. Parfois des parents les ont interpellés, car ils étaient effrayés des opérations mentionnées par leurs enfants puis les ont ensuite rejoints dans l'association. Céline Brockmann constate toutefois que les gens qui les contactent sont déjà ouverts. Elle fait aussi partie de Epicène qui les aide énormément, ils ont toutes sortes d'histoires d'enfants qui finissent dans la rue parce que les parents les mettent à la porte, elle ne supporte pas cela dans son propre pays.

Audition de Lynn Bertholet, fondatrice et présidente de l'Association Epicène, Me Tiffaine Stegmuller, association Epicène, avocate, Naomie Pasic Bondoso, association Epicène, et Dr Guillaume Haarman, psychiatre

Lynn Bertholet commence par présenter Epicène, seule association strictement par et pour des personnes trans, les détails sont fournis dans les annexes.

Le Dr Haarman est pédopsychiatre à Genève, il travaille comme responsable de consultations au DIP et à temps partiel en pratique privée pour les jeunes LGBT. Il est aussi formateur pour l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (WPATH). Il explique que la WPATH a établi des standards de soins et des recommandations médicales complètes dont la dernière date de septembre 2022. La dernière n'a pas encore été traduite de l'anglais. C'est un processus rigoureux, dans le document, il y a également la méthodologie sur laquelle s'appuient les professionnels dans le domaine. Ce sont des soins reconnus par beaucoup d'organismes internationaux, dont l'ONU.

Lors de la présentation, plusieurs points concernant les travaux sont relevés. Les petits enfants savent assez tôt dans leur vie s'ils sont garçon ou fille et vers 5-7 ans cela se stabilise. Ils arrivent aussi à reconnaître la différence entre une fille et un garçon. C'est pour cela que ce n'est pas si rare d'avoir des enfants qui se sentent garçons ou filles en rentrant à l'école. Il peut aussi y avoir une fluidité chez certaines personnes, une évolution n'est pas exclue.

La violence est souvent subie par les personnes concernées. En tout, 77% des 27 000 personnes d'une étude citée ont vécu des expériences négatives durant leur scolarité. Les chiffres de 2017 montraient 16% de harcèlement en milieu scolaire en Suisse. C'est encourageant car beaucoup de choses sont réalisées pour diminuer les discriminations envers les personnes trans.

Les jeunes, comme les adultes, ont beaucoup de problèmes de santé mentale, d'anxiété, de dépression et troubles, bien plus que la population générale, surtout chez les jeunes. Certaines études montrent que jusqu'à 50 à 80% des jeunes trans ont eu des pensées suicidaires.

Dr Guillaume Haarman a lui-même travaillé là-dedans entre 2018 et 2019, à une période où il ne connaissait encore pas grand-chose du sujet et a reçu des jeunes dans ses consultations qui allaient beaucoup moins bien que ses autres patients. Il s'est formé pour essayer de les accueillir. Malheureusement, les chiffres montrent que la souffrance psychique est majeure.

Des études menées sur le canton de Vaud ont montré que les jeunes sont discriminés dans les milieux de soins, certains craignent même d'aller à

l'hôpital. Il faut donc sensibiliser ces milieux. Les protocoles pour les soins d'affirmation de genre se basent sur des standards de soins, ils sont rigoureux et contraignants, avec une exploration psychosociale assez complète sans poser rapidement un diagnostic de dysphorie de genre. Ils essayent également de trouver d'autres psychopathologies associées, comme la dépression. Ils soutiennent également beaucoup les familles et l'école en les sensibilisant pour que les droits du jeune soient respectés. Les parents sont eux-mêmes souvent dans une difficulté d'acceptation, ils travaillent dessus.

La capacité de discernement doit être présente. Ils ne pratiquent rien de médical sur les enfants, à l'adolescence sans un travail avec les parents. Le besoin exprimé et l'envie du jeune sont des conditions nécessaires. Pour les jeunes de 15-16 ans pour lesquels la capacité de discernement est établie, ils n'ont légalement pas besoin de l'accord des parents. Ils essayent toutefois de faire en sorte qu'ils soient d'accord pour des raisons psychologiques et affectives.

Sur le sujet controversé de la détransition, beaucoup d'études sont en cours pour voir si c'est aussi important que cela. Le terme de détransition est complexe et fourre-tout. Y sont inclus ceux qui ont eu le traitement complet, ceux qui l'interrompent, ceux qui ont changé d'avis et ceux qui se sentent non binaires. Certains craignent d'exprimer leur non-binarité en pensant que les traitements ne seraient pas accordés. Une recherche menée pendant trente ans a montré qu'il existe entre 0,3 et 3,8% de taux de regret. A ce jour, ils ne peuvent pas dire à un jeune qu'il ne va pas faire partie de ces pourcentages et lui montrent quelles sont les options qui s'offrent à lui. Ils affirment qu'il est tout à fait possible de changer d'avis.

Epicène indique avoir mandaté un avis de droit et une prise de position scientifique. Au vu du temps à disposition et de la présence d'un comité de relecture, ils remettront ce document en fin d'année. En attendant, M^e^ Tiffaine Stegmuller présente un avis de droit sur la conformité du PL 13324 et cosigné par la Prof. Nesa Zimmermann de l'Université de Neuchâtel.

Le PL 13324 va à l'encontre de la loi sur la santé, y compris dans son but lui-même. En termes de terminologie, il est question parfois de traitement mais pas aux deux premiers alinéas. Il y a lieu de se demander ce qui est visé par ces pratiques, quels comportements sont visés. Il faut se demander si ce sont des sanctions pénales ou administratives qui sont prévues, les sanctions pénales étant déjà prévues exhaustivement dans la loi sur la santé. La terminologie est discutable.

Pour tout ce qui est impératif en matière de protection de l'enfance, la Confédération a déjà légiféré, notamment dans le CC. Elle a déjà légiféré sur

les bloqueurs de puberté dans la LPTh et la LAMal, découlant de sa compétence figurant dans la Constitution. Pour les interdictions des opérations de réassignation sexuelle, il y a une prise en charge par la LAMal. Pour ce qui est de la promotion et des sanctions, la Confédération est compétente. La législation fédérale liste de manière exhaustive les devoirs des professionnels par la LPMéd et la LPSan. L'obligation de dénonciation est également déjà traitée dans le CC. Pour avoir une dérogation cantonale au secret professionnel, il faut certaines conditions, dont la densité normative.

La question sur le besoin de légiférer sur la question s'est déjà posée, il y a déjà deux avis du Conseil fédéral sur la question. A cette occasion, il a déclaré qu'il incombait aux médecins de confirmer des diagnostics, de déterminer les soins, d'envisager des options thérapeutiques et de se conformer et s'appuyer sur les directives en la matière. Le Conseil fédéral a conclu que ce n'était pas à lui et au législateur de modifier la répartition des responsabilités à ce sujet. Les cantons ont la compétence de surveillance mais pas de légifération.

Les droits fondamentaux pour l'enfant et l'adulte découlent du droit constitutionnel fédéral, avec une protection particulière en ce qui concerne l'enfant. Ces droits fondamentaux ont été concrétisés par le biais du droit civil qui prévoit des critères, dont la capacité de discernement. C'est la capacité de se forger une opinion, de consentir à un traitement et cela sous-entend aussi un droit d'information puisqu'il faut un consentement éclairé. Cette capacité tient compte du développement de l'enfant et ne fixe pas un âge précis, car il y a la possibilité d'avoir un critère qui tienne plutôt compte du développement. Cela permet d'exercer un certain nombre de droits strictement personnels en matière médicale, de s'autodéterminer dans le domaine et de consentir à certaines opérations. L'enfant n'a pas accès à certains traitements.

Il faut une base légale formelle et on peut douter dans le cas présent de la densité normative, notamment en voyant la terminologie. S'agissant de l'intérêt public prépondérant, cela peut être la protection de l'enfant, mais il s'agit ici d'un enfant en souffrance. Même s'ils pensent de prime abord le protéger, cela ne correspond pas à une protection à proprement parler d'un point de vue scientifique. Ce projet n'est pas proportionnel et n'est pas apte à atteindre le but visé, comme l'interdiction de promotion, car les enfants pourront toujours se renseigner sur TikTok et les informations qu'ils obtiendront seront surtout de la désinformation. Il n'est pas nécessaire pour atteindre le but visé, car un cadre légal protège déjà le mineur. Un climat de délation s'installe alors qu'il existe déjà un cadre légal à ce sujet au niveau fédéral.

En résumé, le PL est contraire aux buts et dispositions de la loi sur la santé avec de multiples incohérences. Au vu de ce qui vient d'être exposé, Epicène recommande de rejeter ce projet de loi.

Le Dr Gabriel Haarman rappelle qu'aujourd'hui, la recherche scientifique montre qu'il existe plusieurs éléments qui permettent d'améliorer la santé mentale des jeunes trans. Le soutien parental baisse la suicidalité de manière drastique, ils accompagnent donc beaucoup les parents dans la difficulté d'acceptation. Les soins d'affirmation, que ce PL veut interdire, permettent aussi l'amélioration de la santé mentale. Le changement de genre à l'état civil et le changement de nom sont également des affirmations. Beaucoup de ces jeunes n'ont pas de soucis de santé mentale dans leur enfance et la puberté les fait basculer dans une souffrance assez lourde. Les études montrent qu'il y a deux ans d'attente pour avoir accès à un traitement hormonal à partir du premier rendez-vous chez le psychiatre. Si le projet de loi passe, il est inquiet pour la santé mentale de ces jeunes et du risque pour les familles concernées.

Un commissaire Ve soutient qu'ils ont entendu qu'avoir une approche transaffirmative c'est essayer de fabriquer des enfants trans et que les gens, associations et médecins veulent faire basculer des enfants pas au clair dans l'autre genre. Il demande si c'est une réalité ou un fantasme. Il a de la peine à imaginer qu'un médecin puisse influer sur la décision de l'enfant et demande comment, en tant que praticien, il essaye de respecter l'autodétermination sans l'influencer.

Dr Gabriel Haarman explique qu'il existe beaucoup de désinformation sur l'approche transaffirmative, qui est un des trois modèles appliqués. Depuis les années 1980, le modèle d'accompagnement de mineurs avant la puberté était celui de l'approche de Toronto. Les anciennes études montraient que les enfants en non-conformité avec leur genre ne persistaient pas après la puberté. Ils essayaient d'encourager l'enfant à en parler avec le parent correspondant à son sexe et à ne pas jouer avec des jouets de l'autre sexe afin de le faire changer d'avis. Ce modèle est aujourd'hui condamné, il n'était pas efficace et mettait beaucoup de pression sur les enfants.

Il y a également eu le modèle de l'attente vigilante étudié par l'approche d'Amsterdam sur lequel se basent tous les protocoles en Europe. Celle-ci montrait la non-persistance après la puberté et il fallait donc attendre pour effectuer la transition sociale. Les recherches ont toutefois montré qu'il y avait plus de 95% de persistance et que la puberté était le moment charnière de tous ces modèles. Cette approche n'est aujourd'hui plus pratiquée, les enfants étaient harcelés, car ils étaient considérés comme bizarres, comme une petite fille trans qui voulait jouer avec des filles et pas des garçons.

Le dernier modèle, le transaffirmatif, s'est développé depuis les années 2000. Il considère que la diversité de genre n'est pas une pathologie, qu'il est acceptable de pouvoir être variable et soutient l'affirmation de genre. Le fait que ces jeunes se sentent anormaux est de la transphobie intériorisée. Il veut encourager ces jeunes à s'affirmer dans leur école, dans leur famille. L'affirmation, c'est permettre à la personne d'oser exprimer qui elle est. Ce n'est pas pousser les gens, contrairement à ce qui est dit.

Une commissaire PLR souhaite plus de détails sur les étapes, l'approche, et à quel moment il est envisagé des médicaments pour le cas, par exemple, d'une jeune de 14 ans qui ne se sent pas bien dans sa peau. Elle comprend que le genre est connu à 6-8 ans et le remarque en tant que parent, cela s'aperçoit chez les enfants. Elle comprend qu'il y a des questionnements une fois arrivé à la puberté. Son inquiétude est pour ces jeunes qui se cherchent. Elle rappelle le témoignage d'un parent dont la fille ne se sentait pas bien dans sa peau, à qui il a été suggéré qu'elle était trans. Ses parents ont empêché la mastectomie et elle serait aujourd'hui une femme bien dans sa peau, d'après ses parents bien contente que ces dernières lui aient empêché l'ablation des seins. Une plainte pénale a été déposée contre les parents pour maltraitance. Elle soutient que certaines se sentent mal dans leur peau pour d'autres raisons.

Le Dr Gabriel Haarman entend que le protocole et les exigences pour administrer et travailler autour de ces questions sont contraignantes, il faut une formation approfondie autour de l'enfance et de l'adolescence, aussi sur d'autres aspects. Les personnes s'occupant de ces jeunes ont l'habitude de pouvoir différencier ce qu'est l'adolescence normale et pas normale. Ces protocoles permettent d'individualiser la prise en charge, car des jeunes arrivent aussi sans souci de santé mentale. Pour certaines, elles se sont déjà documentées et la transition sociale est déjà faite. Les réseaux sociaux sont une zone d'informations très précieuse, car elles peuvent discuter avec d'autres personnes.

Si une jeune arrive à 15 ans avec une dépression sévère, cette dernière sera traitée avant de lui prescrire un traitement hormonal. Il souligne que toutes les jeunes ne souhaitent pas un traitement hormonal ou médical. Les réalités sont extrêmement variées avec un décalage entre le moment où la jeune et les parents sont prêts. Les auditionnées savent que plusieurs années s'écoulent avant que les parents soient mis au courant. C'est à l'adolescence que la souffrance de la dysphorie de genre arrive, elles ont un corps androgyne et c'est à ce moment-là qu'elles en parlent et mettent leurs parents au courant.

Quand les parents disent au départ que c'est arrivé à l'adolescence, elles constatent souvent qu'il y avait en fait des signes depuis des années. Il est important que les parents comprennent ce qui n'était pas forcément sous leur

radar. Cela prend du temps si l'environnement familial n'est pas soutenant. Les bénéfices du bloqueur de puberté sont nécessaires au début de la puberté, plus jeune chez les filles que chez les garçons. Les filles trans doivent aussi avoir des inhibiteurs de testostérone puisque donner seulement des œstrogènes ne suffit pas, le bloqueur de puberté peut servir contre la testostérone aussi.

Un commissaire UDC revient sur les chiffres présentés et souligne que l'essentiel de ceux-ci, dont le taux de regret et le pourcentage de problèmes de santé mentaux, proviennent d'un questionnaire de 2015 des Etats-Unis. Selon lui, l'acceptabilité en la matière n'était pas la même que maintenant. Il voudrait des chiffres actuels pour la Suisse en 2023 qui permettent de tirer les mêmes conclusions. Il mentionne les différentes traditions à travers le monde de garçons se sentant femmes, et que c'est une tendance moins visible dans l'autre sens. Depuis qu'il en est question dans les classes, il y aurait comme une « épidémie » de filles se sentant mal dans leur corps et il se demande s'il y en a tant que ça en réalité. Me Tiffaine Stegmuller mentionne que la question des compétences cantonales dans le cadre du PL 13327 est en cours d'examen à Berne.

Le Dr Gabriel Haarman fait remarquer, de même que le président de commission, que le terme d'épidémie est malaisé. Par ailleurs, il n'y a pas d'étude attestant que de parler de cela en classe augmente le nombre d'hommes trans. Il admet qu'il y a une grande augmentation du nombre de personnes en questionnement, mais que cela provient aussi de l'augmentation des discussions sur ce sujet. L'âge des coming-outs a aussi baissé. Aux Etats-Unis, la situation n'était pas meilleure en 2015. Toutefois, ce genre de lois se répand aussi dans les Etats américains, telle une épidémie, et beaucoup de familles déménagent dans des Etats refuges. Il y a beaucoup de désinformation, notamment quant à la fermeture de la Tavistock Clinic, alors qu'ils exercent encore.

Il existe peu de chiffres par rapport à ce sujet. Pour effectuer des recherches scientifiques, il faut deux ans de données. Le travail pionnier du canton de Vaud montre que la situation est comparable. Pour avoir la situation de 2023, il faudrait attendre 2025. Pour l'augmentation du nombre d'hommes trans, il pense qu'il existe aussi des facteurs statistiques, car la thématique était autrefois très concentrée sur les femmes trans et pas les hommes trans et il n'y avait pas non plus de centres de consultation. Certains aujourd'hui ne vont plus attendre d'avoir entre 30 et 40 ans pour se déterminer. Aujourd'hui, beaucoup de jeunes entendent parler de ces sujets et savent qu'ils peuvent venir consulter. C'est une question qui reste toutefois en suspens. Ils ont les chiffres du canton de Vaud datant de 2017 et qui sont peut-être mieux que les chiffres américains de 2015. L'équipe d'Agnodice a aussi réalisé des études entre 2021 et 2022.

Ils ont peu de chiffres et aimeraient en avoir plus, c'est assez compliqué au niveau suisse.

Lynn Bertholet mentionne que la définition de l'identité de genre dans le PL 13327 n'est pas conforme à l'art. 30b CC. Ils proposeraient de la compléter en disant que l'expérience intime personnelle est constante, ce qui mettrait fin à l'idée que c'est « à la mode ». Pour l'art. 7 al. 2 let. c, il paraît important de maintenir la seconde partie de la phrase. Introduire des questions d'âge ou de majorité est contreproductif, car cela bloquerait l'accès aux soins, ce serait inclure le PL 13324 au PL 13327 via cet alinéa.

En conclusion, le Dr Gabriel Haarman déplore que nombreuses soient les professionnelles qui sont attaquées dans ce milieu.

Audition du Dr Pascal Gervaz, chirurgien digestif

Le Dr Pascal Gervaz introduit ses propos en affirmant n'avoir rien à voir avec la prise en charge de ces enfants et adolescentes sur cette thématique. Il a été confronté à une patiente de 16 ans souhaitant obtenir des bypass gastriques et subir en parallèle une double mastectomie. Elle voulait savoir s'il était possible de procéder aux deux opérations en même temps. Il a refusé, car selon lui, le consentement éclairé n'est pas acquis à cet âge-là. Il était inimaginable de pratiquer une chirurgie mutilante chez un individu même si c'était pour de bonnes raisons. A Genève, pour faire un tatouage à 16 ans, il faut l'autorisation écrite des deux parents. Cette jeune fille a indiqué pouvoir subir la mastectomie sans l'accord de ses parents.

Il s'est intéressé à cette démarche, ces gens sont évidemment en souffrance et il souhaitait comprendre comment se déroulait la procédure. Cette jeune fille a commencé à prendre des hormones à 11 ans avec un traitement suivi par les HUG. L'hormone est nommée le Lucrin Depot, c'est un bloqueur d'hormones au niveau hypophysaire, mis au point pour traiter le cancer de la prostate métastatique. Le Compendium indique qu'il est strictement interdit de le prescrire à une personne avant 18 ans.

Il est allé suivre une journée de formation au CHUV le 22 novembre 2022 sur le traitement de la dysphorie de genre chez l'enfant, présentée par des psychiatres, des pédiatres et des endocrinologues. Les personnes qui pratiquent ce genre de procédures ont certainement comme but le bien-être de leurs patients et n'ont pas de mauvaises intentions. C'est toutefois présenté comme si c'était acquis et scientifiquement établi. L'idée ici est de bloquer la puberté, car il est plus dur de corriger les caractéristiques sexuelles en attendant trop longtemps. Cette idée est relativement récente. Dans la première phase, le traitement est administré dès la puberté, possiblement dès 10 ans, et bloque le

développement des organes sexuels. Cette phase est réversible. Ce sont des gens qui souffrent, qui vivent dans un corps qui n'est pas le leur. Le Lucrin Depot est dès lors injecté pendant 5 ans. À 16 ans, ils entrent dans la deuxième phase qui est définitive, de la testostérone est administrée aux filles et des œstrogènes aux garçons. Les premières opérations commencent à 16 ans, dont la mastectomie bilatérale. La chirurgie des organes génitaux ne peut pas se faire avant 18 ans. Il a été surpris, car la mastectomie paraît très mutilante pour des mineurs.

Les mineures ont affaire à des pédiatres et des psychiatres qui sont très jeunes et qui n'ont eux-mêmes jamais eu d'enfants. La seule personne de son âge était la professeure d'endocrinologie du CHUV, la Dre Pitteloud. Elle a avoué elle-même qu'elle pense qu'ils sont en train de faire « une énorme bêtise ». Cette histoire ne lui plait pas, il y a peu de preuves scientifiques et les Suédoises ont déjà mis leurs études à l'arrêt. Il mentionne la fermeture de la Tavistock Clinic. L'endocrinologue administre des médicaments et ne sait pas quels sont les bénéfices et les complications sur le long terme. Ils ont l'impression d'être dans un avion dont ils construisent les ailes, le seul à avoir le parachute est le médecin, et les passagères prennent des risques.

A Genève, il existe des spécialistes dans ce domaine, mais cela se fait très discrètement, il n'y a pas de publicité dans les congrès médicaux. Le Lucrin Depot n'a pas été élaboré pour être administré aux mineures. Il ne sait pas s'il s'agit de l'OFSP ou des médecins cantonales qui ont demandé une autorisation *off label*, c'est-à-dire hors de l'indication comprise dans le Compendium. Elles prennent une lourde responsabilité. Les autorités médicales assument le risque. Au départ, tous les grands scandales médicaux ont commencé de la sorte, comme le Mediator. Cela a été un traitement considéré *off label*, il n'était pas fait pour perdre du poids. Il a tout de même été administré puisqu'il s'agit d'une amphétamine et fut prescrit pendant des dizaines d'années par des médecins bienveillantes. Il a fallu le travail d'une pneumologue, la Dre Irène Frachon, pour lancer l'alerte.

Ce projet de loi est donc important pour des raisons de santé publique, il y a une responsabilité commune et le devoir de respecter le principe médical évident de précaution. Son but est de ne pas rajouter de malheur à une maladie et de ne pas nuire, c'est le serment d'Hippocrate. Prescrire ces médicaments à des mineures sans connaître les effets secondaires à long terme sur le corps et sur le squelette, le faire en dehors de toute considération éthique, cela paraît contestable. Il s'est renseigné et a rédigé quelques mails aux responsables de l'éthique médicale aux HUG sans jamais recevoir de réponses. Il leur demandait si elles avaient requis au préalable l'accord de la commission

cantonale d'éthique de la recherche pour suivre le traitement aux HUG, ce qui est normalement obligatoire.

A Londres, 1 000 familles ont déposé une *class action* contre le NHS. Elles clament que leurs enfants ont été « kidnappés », c'est l'expression reprise par les gens qui expriment des regrets. Ils ont l'impression de monter dans le « train trans » sans savoir où il va. Le « train trans » est le titre d'un documentaire racontant le destin de ces adolescentes devenues adultes et qui se sentent aujourd'hui toujours aussi mal dans leur peau. Elles ont accompli une double transition, car l'adolescence est aussi une transition. Il a suffi de ce documentaire pour que la Suède arrête de prescrire ces traitements. Les médecins qui ont prescrit ces médicaments pendant des années sont contentes, car elles émettaient des doutes. Dans une dizaine d'années, en cas de problème, il faudra se demander qui est responsable. Ce ne seront pas les médecins, mais les hôpitaux et l'Etat. Les médecins elles-mêmes n'arriveront pas à prendre la parole. Elles ne trouveront pas beaucoup de gens qui émettront volontairement leur doute sur le bien-fondé de ces interventions.

Une commissaire PLR souligne le dilemme de vouloir aider des enfants qui ne se sentent pas bien et la problématique d'interventions qui seraient plus importantes si elles se déroulent plus tard. Il existe toutes les incertitudes médicales, avec l'aspect problématique de l'adolescence. Elle comprend l'idée que les médecins sont les seules à avoir le parachute. Ce seront finalement aux médecins de décider, et elle se demande si elles ne sont pas en réalité le parachute. Le Dr Pascal Gervaz a affirmé que la commission cantonale d'éthique doit être saisie, et qu'elle ne l'a pas été. La commissaire PLR demande si sa saisie était une obligation légale, cela reste sans réponse. Elle demande également ce que peut faire le monde médical, car il est dur de légiférer avec une norme générale et abstraite dans le domaine médical.

L'auditionné explique que le travail est compliqué, car il s'agit rarement d'adolescentes se présentant avec une dysphorie de genre isolée. Elles souffrent souvent d'autres pathologies, dont des pathologies psychiatriques lourdes. Ces enfants sont souvent autistes, schizophrènes ou ayant été victimes d'agression sexuelle. Un cadre social et un phénomène de mode qui encourage et glorifie la transition s'est créé. Au fond, tout est allé très vite et des hormones ont été administrées à tout le monde. Ensuite, des centres dédiés à cette pathologie se sont développés. Ces médecins sont de bonne foi, convaincues de faire le bien. Elles n'ont qu'une façon de bloquer la puberté en donnant des hormones. En médecine, c'est très dangereux. Ces médecins sont donc idéologiquement convaincues que la théorie du genre est valide, que la non-binarité est une notion biologiquement acceptable. Ils n'ont qu'une seule arme : les hormones.

Quand la seule arme est un marteau, le monde entier est un clou. Elles ne se sont pas adressées à la commission cantonale d'éthique, car elles savaient que ce serait refusé. Il a fait des dizaines de demandes à cette commission pour se protéger, pour être transparent et, c'est même nécessaire, pour être publié. Il constate qu'il y a très peu de publications à ce sujet. La Dre Pitteloud elle-même ne sait pas quels sont les résultats et les données.

Un commissaire Ve s'enquiert du suivi médical de la jeune femme susmentionnée. Il se demande si l'auditionné a suivi des conférences et des formations à ce sujet. Il demande si le manque de « publicité » autour des réassignations de genre que le Dr Pascal Gervaz a mentionné signifie qu'il faudrait, selon lui, en faire plus.

Le Dr Pascal Gervaz n'a pas fait le suivi de cette patiente venue le voir, car il ne veut pas être impliqué là-dedans, ce serait beaucoup trop dangereux. Si ces patientes deviennent stériles, quelqu'un sera responsable, il ne veut pas que son nom apparaisse dans leur dossier. Il a suivi la formation dispensée par le CHUV le 22 novembre 2022 qui correspond aux pratiques actuelles, elle a duré une journée. S'agissant de la publicité, les gens qui traitent ces adolescentes admettent qu'elles sont impliquées dans un processus sensible. Certaines personnes peuvent ne pas être d'accord. Il a l'impression que cela se fait de façon un peu souterraine. La plupart de ses collègues n'en ont jamais entendu parler et ne connaissent pas le Lucrin Depot.

Ce qui rend le problème complexe est la relation entre les parents et les associations. Il y a une publicité rampante qui est faite pour rendre les enfants conscients de la non-binarité. Il mentionne l'association Agnodice qui se concentre sur les problématiques de genre sur les mineurs. Dans le compte-rendu de leur exercice, elle se félicite que de plus en plus d'enfants aient pris conscience de leur dysphorie. L'association va dans les écoles, parle aux enseignantes et les encourage à ce que cette idée soit présente dans l'atmosphère sociale.

Les parents d'enfants ayant subi ces traitements disent tous la même chose, elles ont l'impression que leurs enfants ont été kidnappées et qu'elles sont devenues invisibles. L'accord des parents est souhaitable mais pas obligatoire. Si une enfant de 12 ans exige un traitement et que ses parents s'y opposent, certains médecins considéreraient que l'enfant est encore plus habilité à recevoir le traitement. Dans ces formations, le terme parent n'est quasi pas prononcé. Les parents sont en pleurs lors de ces discussions, car elles ne reconnaissent plus leurs enfants et leur opinion n'a plus d'importance. Les parents d'enfants transgenres sont devenus transparents. S'agissant de l'aspect sociologique de réaliser des publicités, cela ne relève pas de sa compétence, il est médecin.

Une commissaire LC souhaite que le Dr Pascal Gervaz s'exprime sur le volet médical du PL 13327. Elle remarque le problème qu'il y a à envisager de légiférer en 2023 sur des situations dont l'étude médicale a posteriori ne sera possible que dans plusieurs décennies. L'auditionné ne voit pas de controverse au PL 13327. L'honnêteté d'un médecin réside dans le fait de pouvoir dire qu'elle ne sait pas lorsque ce n'est pas le cas. Peut-être que ces traitements apportent en effet un bénéfice évident et que dans cinquante ans ce sera prouvé, pour l'instant ce n'est pas le cas. Il faut donc un moratoire. Par principe de précaution et au vu du manque de consensus, il faudrait arrêter ces traitements. Celles étant en cours de traitement pourraient continuer à être traitées et leurs cas seront évalués par une commission indépendante. Ils verraient dans cinq à sept ans si cela fonctionne ou non. En général, il faut dix ans pour voir si un traitement fonctionne, car les complications ne surviennent pas toujours après une semaine. En Angleterre, 2 000 patients étaient pris en charge chaque année par la Tavistock Clinic. Les médecins ont émis des doutes quant au fait de prescrire des médicaments à des autistes. Leur problème, au fond, n'est pas de se demander si elles sont un homme ou une femme, mais de se demander qui elles sont, car ces gens sont perdus. En Suisse, la moitié des adultes trans seraient à l'AI et le Dr Pascal Gervaz affirme qu'elles ne sont socialement pas fonctionnelles. Elles ne sont pas à l'AI parce qu'elles sont trans, mais parce qu'elles sont psychotiques.

Un commissaire MCG, par ailleurs ancien conseiller d'Etat chargé de la Santé, remercie l'auditionné pour ses réflexions, car peu de médecins le font. Il ne fait qu'exprimer l'angoisse médicale face au fait de la laisser décider alors qu'elle souhaiterait que le pouvoir politique lui interdise de faire quelque chose. Comme cela, l'interdiction de faire serait la directive légale et les conséquences néfastes de cette interdiction, soit un refus de prise en charge du patient, serait politique et pas médicale. Toutes celles qui pourraient bénéficier d'un traitement et qui se suicideront ne seront plus là pour faire un procès aux médecins refusant de les prendre en charge. Il demande à l'auditionné si, subitement, à 18 ans, la personne devient capable de discernement.

Un autiste qui est diagnostiqué comme transsexuel est une erreur de diagnostic, comme une femme qui subirait une ablation des organes alors qu'elle n'a pas de cancer. L'Académie suisse des sciences médicales précise qu'il existe des méthodes pour déterminer la capacité de discernement, ce qui n'empêche pas de poser des indications. Comme indication, il y a la problématique individuelle d'une personne qui souffre d'une dysphorie de genre et devant être accompagnée, puis l'explication des conséquences connues du traitement et de l'ignorance des conséquences à terme de ce traitement. La personne capable de discernement est capable de mettre en

balance les avantages et les inconvénients, pour autant que le thérapeute soit assez honnête.

Ce qui inquiète le commissaire MCG dans son discours est celui d'une angoisse médicale nécessitant une aide politique afin qu'ils aient un parachute lorsque l'avion s'écrase. La personne qui ne reçoit pas un traitement avant un certain âge subira des souffrances accrues si elle souhaite persister dans sa voie. Un jeune avant 18 ans peut être capable de discernement, qui est une notion qui se distingue de la notion d'âge. C'est le seul critère que le Conseil d'Etat souhaite protéger dans son projet de loi contre les thérapies de conversion. Il faut que la personne soit capable de discernement et qu'un diagnostic correct puisse être posé. C'est le médecin qui doit le poser, pas le politique. Si le médecin se trompe, il doit l'assumer. Il aimerait comprendre ce que le Dr Pascal Gervaz attend du pouvoir politique.

Ce dernier admet que le commissaire a raison. En Angleterre, une patiente a déposé plainte contre la Tavistock Clinic car elle n'avait pas la capacité de consentement au moment de la procédure, elle était trop jeune. Dans un premier temps, elle a obtenu gain de cause. Sur appel, les juges ont décidé qu'il s'agissait d'une affaire médicale. C'est intéressant d'observer sur le plan juridique cette relation sacrée entre patiente et médecin. Il pense qu'il est faux de se faire reprocher la non-prise en charge. Les patientes sont des gens qui souffrent, ne pas vouloir leur donner de traitement ne veut pas dire les abandonner, il y a des prises en charge possibles. Ils feront ce qu'ils ont toujours fait avec les adolescents autistes et aux troubles de la personnalité sévères avec une prise en charge psychothérapeutique. Un traitement hormonal dont les bénéfices sont hypothétiques leur aura été évité. Il est d'accord que les politiques peuvent considérer qu'il s'agit d'une affaire médicale uniquement, sauf lorsque cela aurait été effectué sans que les autorités médicales cantonales aient exigé que ces protocoles soient réalisés dans le cadre de la surveillance d'une commission d'éthique.

Une commissaire PLR relève qu'il discrédite la théorie du genre. Elle demande s'il reconnaît qu'il y a le besoin médical pour au moins une fraction de la totalité des personnes trans, s'il y a médicalement des gens qui sont vraiment dans le besoin.

Le Dr Pascal Gervaz acquiesce, il y a des gens qui nécessitent une prise en charge médicale. Il existe des formes d'évidences que ce traitement hormonal a un bénéfice. Seule une minorité de patientes qui rencontrent une dysphorie de genre est réellement contente du résultat. Dans cette population, des personnes peuvent en bénéficier. Les gens peuvent penser ce qu'ils veulent de la théorie du genre. La dysphorie de genre c'est la transcription médicale de cette théorie. Dans la réalité, de nombreux pays font marche arrière à l'heure

actuelle. Il affirme qu'il n'y a aucun problème à donner un traitement à des adultes.

Un commissaire S demande au Dr Pascal Gervaz de confirmer son affirmation comme quoi les bloqueurs de puberté sont réversibles, ce qu'il fait.

Le commissaire S voit alors une contradiction entre le l'argumentation basée sur le principe de précaution et la réversibilité des bloqueurs. Il s'étonne du manque d'études et se demande depuis quand le Lucrin Depot est administré.

Le Dr Pascal Gervaz souligne que la réversibilité est l'idée enseignée. Le traitement serait réversible, il pourrait être arrêté, les effets s'effaceraient et la puberté reprendrait normalement. C'est indémontrable, car il n'y a aucun suivi à long terme. Sans études, ils ne sauront pas si c'est vraiment réversible. Ce qui est par exemple irréversible, c'est la voix. Lorsqu'elle est modifiée, elle l'est pour toujours. Le principe de précaution n'est pas négatif, c'est même positif pour la cause des trans. Ils sont capables de dire que cela va trop loin et qu'il est possible de faire des dégâts. En ayant une approche équilibrée, cela peut être le moyen d'affirmer que ce qui a été inventé n'est pas toujours porteur de choses positives.

Le commissaire socialiste s'étonne de ce manque supposé d'études, étant donné que l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ne se fait pas à la légère. Il redemande depuis quand le Lucrin Depot est administré. Cela a principalement commencé en 2010, avec une étude de l'Université d'Amsterdam. Le Lucrin Depot a été inventé en 1980 pour lutter contre le cancer de la prostate. Ce n'est qu'en 2010-2015 que l'interdiction de l'administrer aux mineurs a été formulée. Comme demande à le confirmer un commissaire UDC, cela signifie que la mise sur le marché du Lucrin Depot était pour lutter contre le cancer de la prostate et non pour bloquer la puberté. Le Dr Pascal Gervaz explique qu'il est administré pour les soins palliatifs du cancer de la prostate, un cancer qui est donc inopérable, pour des gens ayant une espérance de vie de 5 ans. Ces gens tirent un bénéfice de ce traitement, car le cancer de la prostate est hormono-dépendant et qu'il permet de diminuer la croissance de la tumeur. Dans l'indication sur le Compendium, il est interdit de les donner aux mineurs, car il n'y a pas d'indication reconnue par les laboratoires. Il est donc étonnant que Swissmedic et la médecin cantonale estiment que cette indication chez les mineurs puisse être admise *off label*. Le laboratoire ne l'a pas testé sur les mineurs. Cela veut dire qu'à Genève, voire en Suisse, l'indication d'un médicament a été modifiée sans avoir de preuve scientifique que cette modification puisse se faire sans complications à long terme chez les enfants. C'est une lourde responsabilité.

Audition du Dr Daniel Halpérin, pédiatre

Le Dr Daniel Halpérin se dit contre les deux projets de lois à l'ordre du jour. Il y a cinq ou six ans, la question complexe de la dysphorie de genre ne faisait pas partie de son paysage thérapeutique en tant que pédiatre. Ainsi, depuis quelques années, les associations médicales et la littérature à laquelle il s'astreint l'invitent à se former davantage sur le sujet par le biais de colloques et de séminaires, de sorte à pouvoir orienter au mieux les éventuelles candidates à une transformation vers des lieux spécialisés.

D'une part, il fait part de l'ignorance qui était la sienne jusqu'à il n'y a pas si longtemps, d'autre part, il fait remarquer que le contenu des formations qu'il suit ont une tendance à ne pas se baser sur des faits scientifiques, comme il l'attendrait, mais principalement sur des idéologies.

Même si, lors de ces formations continues, il a été prévenu que le nombre de cas de dysphorie de genre était en hausse chez les jeunes, il n'a reçu, à ce jour, aucun patient qui serait venu le consulter sur la question. Dès lors, il se demande le parcours que suivent ces jeunes pour aboutir à une « transformation » si lui-même, en tant que pédiatre, n'a jamais été consulté. Il fait constater que le réseau associatif est bien organisé (en différentes antennes) et communique très bien via les réseaux sociaux et amène ces jeunes à passer outre le circuit médical habituel. Ces derniers sont rapidement embarqués vers une série de mesures thérapeutiques qui ne sont pas sans conséquences. Il précise que sa démarche n'a aucun fondement politique ou religieux et qu'il n'est engagé ni dans un sens ni dans l'autre.

En se formant et en s'intéressant à la problématique, il s'est forgé la conviction que, dans ce domaine, les faits scientifiques et les preuves médicales manquaient considérablement. S'agissant du PL 13324 qui vise à interdire toute intervention de réassignation de genre destinée aux mineurs, il n'apprécie guère que le politique vienne se substituer au médical pour prendre ce genre de décision. Il souligne que la problématique est très complexe et transdisciplinaire et qu'une décision politique ne devrait pas imposer une interdiction pure. Il soutient que la dysphorie de genre existe et qu'il en est convaincu. Or, il estime que pour un nombre minime de cas évidents, il existe aussi une multitude de cas moins clairs. Il cite les chiffres de la Tavistock Clinic de Londres, lesquels sont passés de 51 consultations en 2009 à plus de 2000 en 2020. Une telle explosion de cas s'explique par de multiples raisons, comme l'utilisation d'internet et des réseaux sociaux et une communication extrêmement rapide et facile entre les jeunes, que ce soit pour s'informer ou se désinformer sur le sujet. Les réseaux associatifs (bien qu'ayant de très bonnes intentions) ont contribué à rediriger ces individus vers cette clinique. Il craint

que pour une grande partie des demandeuses actuelles (mineures) les traitements préconisés ne soient contre-indiqués, ou en tout cas mal indiqués.

Il estime que c'est au corps médical de faire le ménage dans ce domaine. Il constate toutefois que celui-ci est très partagé à l'heure actuelle. Son discours fait écho à un appel à la prudence et à la maturation. En effet, s'agissant de jeunes entre 10 et 15 ans, il est normal que des questionnements aient lieu et soutient qu'un encadrement doit être organisé. Cela doit se faire sans forcément embrigader ces jeunes dans une procédure médicale dont une partie est irréversible.

Lorsqu'il exprime ce point de vue qu'il estime pourtant très prudent, il reçoit des avis dubitatifs et hésitants. Il a écrit une lettre avec le Dr de Haller, ancien président de la Fédération des médecins suisses (FMH), adressée au Swiss medical forum (l'organe de formation médicale continue de la FMH), dans laquelle ils incitaient à porter ces questionnements à ses lectrices ; ce courrier s'était fait en réaction à deux articles « de revue » publiés récemment. D'un avis partagé avec le Dr de Haller, plusieurs faits n'étaient pas vraiment prouvés dans ces articles. Un refus de publication leur a été opposé, prétextant un manque de scientificité, alors même que c'est ce qu'ils reprochaient aux articles en question.

Les bloqueurs de puberté sont par exemple cités comme n'ayant aucune incidence, des expériences menées en Hollande depuis plus de quarante ans l'ayant prouvé. Ce discours est très présent dans le milieu associatif ainsi qu'auprès de plusieurs médecins. Or, les patients d'Amsterdam d'il y a vingt ans ne sont plus les mêmes qu'aujourd'hui. Il s'agissait principalement de personnes majeures et « d'hommes qui souhaitaient devenir des femmes ». En Suisse, à ce jour, ce traitement s'adresse majoritairement à des mineures, avec une majorité de filles qui souhaitent changer de sexe. En 2022, sur plus de 1000 cas de demande de changement de genre, 53% émanaient de la catégorie 15 à 24 ans, et les trois quarts étaient des demandes de femmes qui souhaitent devenir des hommes. Il ne s'agit donc pas de la même population.

Il indique que les personnes qui avaient suivi les traitements à Amsterdam étaient en général des hommes, plus âgés, n'ayant pas de bagage médico-psychiatrique particulier, à part cette dysphorie de genre qu'ils portaient depuis souvent très longtemps. Aujourd'hui, la majorité des requérantes (femmes, mineures) développent très soudainement le sentiment que leur corps n'est pas le bon et qu'un changement est nécessaire. La population n'est pas la même, et le protocole des Hollandaises (qui le reconnaissent elles-mêmes) ne peut donc pas être appliqué de la même manière.

Il relève que ce domaine nécessite encore beaucoup de vérifications. Les traitements de bloqueurs de puberté, annoncés comme entièrement réversibles, ont des effets qu'on ne considère pas bien, comme des cas d'ostéoporose. Les effets psychiques de maturation sur le cerveau entraînés par la puberté ne sont pas bien mesurés si elle est bloquée et débloquée ensuite. De plus, la majorité des cas qui débutent par des bloqueurs de puberté se poursuivent avec des traitements qui ne sont pas réversibles. Le Dr Daniel Halpérin pense là à l'ablation des seins (la torsoplastie). Il cite les chiffres de l'OFS qui mentionnent qu'entre 2018 et 2021, cette opération a été pratiquée sur 10 filles entre 10 et 14 ans. Cette statistique n'inclut pas d'éventuels cancers du sein et est classée sous les critères « ablation des seins » et « F64 » qui est le trouble de l'identité de genre de la classification internationale des maladies. Il considère ces cas comme étant, au mieux, de l'ordre de la négligence ou, au pire, de l'inconscience criminelle.

Il aborde la difficulté à avoir réellement la capacité de discernement chez les jeunes. Il relate son expérience en oncologie avec des patients de moins de 10 ans qui exprimaient une douleur due au traitement et souhaitaient tout arrêter. S'agissant de soins vitaux, il s'interroge sur la nécessité de les écouter systématiquement ou non. Selon lui, la maturation des enfants est très relative et la période de l'adolescence est sujette à beaucoup de questionnements en termes de sexualité. Il estime qu'il faut écouter et accompagner les enfants et ne pas entrer dans des traitements de blocage trop tôt, ce d'autant plus que cela débouche souvent sur des traitements irréversibles peu après.

Ainsi, il en appelle à ne pas interdire politiquement les thérapies de transition de genre, mais plutôt à ce que le politique demande aux instances médicales d'adopter des critères clairs qui permettraient d'orienter la pratique des médecins sur ce qu'il est possible de faire avec des individus mineurs. Il relève que la Commission nationale d'éthique (qui dépend du Conseil fédéral) planche sur un projet dans lequel la question des mineurs sera traitée. Il n'en connaît pas le contenu, mais espère qu'elle adoptera la même prudence qu'il prône. Il préfèrerait que cette problématique reste dans le circuit médical, plutôt qu'elle n'entre dans le champ politique, avec les clivages qui en découleraient ainsi que les pressions qui seront exercées sur le corps médical.

Il soutient qu'il faut interdire les diverses pratiques qui visent à modifier ou réprimer l'orientation affective et sexuelle ou l'identité de genre d'une personne, comme les groupes religieux ou les homéopathes qui prétendent guérir de l'homosexualité. Cependant, en le mettant côte à côte avec la possibilité de prendre du temps pour la maturation (chez les mineurs), il estime qu'il ne faut rien interdire du tout en termes de temps et qu'il faut laisser aux thérapeutes la possibilité de faire mûrir suffisamment leurs patients, de sorte

que les décisions soient prises avec plus de détermination et de sécurité quant à une transition si cela de l'avant ou à faire marche arrière.

Une commissaire PLR comprend le souhait de garder la thématique dans le monde médical, mais elle a cru comprendre que ce monde ne faisait pas les choses correctement non plus. Elle demande à quelle autorité médicale il faudrait s'adresser pour demander un arbitrage sur la pratique qui se fait actuellement dans ce domaine.

L'auditionné affirme avoir eu beaucoup de jeunes qui s'interrogeaient sur leur orientation sexuelle ou sur leur rapport aux autres (parfois problématique) en découlant. Il n'a toutefois pas d'expérience sur la dysphorie de genre en elle-même. Concernant l'autorité à laquelle il faudrait s'adresser, il constate que la référence des nombreux pédiatres dans le monde est l'Académie américaine de pédiatrie (recommandations, audits, etc.). Cet organe, à sa surprise, soutient un interventionnisme rapide des transformations de genre, tout en minimisant le débat en son sein. Il note qu'un audit a été demandé il y a quelques mois afin de vérifier la validité scientifique des traitements. Il fait ensuite référence à la Société suisse de pédiatrie, laquelle pourrait venir donner des directives claires et, le cas échéant, expliquer pourquoi un flou persiste autour de certains traitements. C'est dans cette mesure qu'il pense que le politique pourrait charger les instances médicales d'émettre quelques directives et un cadre un peu plus clair. Il appelle à attendre la fin des travaux de la Commission nationale d'éthique avant de se prononcer.

Une commissaire PLR demande des précisions sur les connaissances scientifiques du Dr Daniel Halpérin, notamment sur l'administration des bloqueurs de puberté. Le Dr Halpérin reconnaît que de 13 à 18 ans, le temps est trop long pour les personnes qui sont en réelle dysphorie de genre. Il se réfère au Dr Ansermet qu'il a interrogé sur la question. Il rappelle que ce médecin est pédopsychiatre, professeur honoraire à l'UNIGE et à l'UNIL et également derrière la création du centre des HUG qui est spécialisé dans les questions de genre. Il lui a demandé si prendre le temps pour favoriser la maturation était absurde et le Dr Ansermet lui a indiqué estimer que la durée d'attente devait en tout cas se chiffrer à quelques mois, voire un an afin de laisser la réflexion se mener, de sorte à conforter une décision, ou de permettre une marche arrière.

Une commissaire LC s'étonne de la contradiction du souhait de l'auditionné d'un délai avant la transition et son opposition au PL 13324 qui rend pourtant celui-ci obligatoire. Elle se demande s'il n'existe pas d'autres instances internationales, ou d'autres commissions d'éthique (aux HUG par exemple) qui se seraient déjà prononcées sur la question, ainsi que la composition de telles commissions.

Le Dr Halpérin affirme qu'il ne peut pas se prononcer sur la composition exacte des commissions d'éthique. Cependant, il explique que les protocoles de transformation de genre, telle que l'administration d'hormones croisées, n'ont jamais été validés pour cet usage précis. La testostérone a été validée pour les retards à l'adolescence, en application cisgenre, mais pas pour un traitement croisé. Il n'exclut pas la validité des traitements, il estime simplement qu'ils devraient faire l'objet de protocoles stricts. Prenant l'exemple des pays scandinaves, il souligne qu'une série d'audits a été demandée, démontrant que la documentation médicale est insuffisante. Ces traitements y sont donc bloqués, il ne sait toutefois pas si cela émane du politique ou du corps médical.

Un commissaire UDC fait remarquer qu'il faudrait une loi qui bloque le système jusqu'à 18 ans. Il compare la situation à l'octroi d'un permis de conduire aux personnes mineures. Il demande quelles sont les personnes qui donnent des autorisations pour opérer de jeunes filles entre 10 et 14 ans, il estime qu'il faudrait bloquer ces personnes-là.

Le Dr Halpérin relève qu'à Genève, l'approche est multidisciplinaire (pédiatres, pédopsychiatres, endocrinologues, etc.) et que ces médecins effectuent leur travail en leur âme et conscience, mais en se basant sur des faits qui restent, selon lui, discutables. La priorité est de se doter de faits irrécusables, de sorte à proposer une expérience acceptée par le corps médical, qui est le seul à pouvoir juger la validité de ces preuves. Il pense qu'une interdiction stricte reviendrait à interdire aux personnes qui sont réellement dans le besoin l'accès à de tels soins. Il n'a aucun doute sur les vraies dysphories de genre, insiste-t-il. Il faut donc laisser une marge de manœuvre au corps médical qui a de réelles compétences dans le domaine, en limitant à des cas très contrôlés.

Un commissaire S note les reproches à peine voilés sur des confrères et consœurs qui prescriraient ce genre de traitement sur une base scientifique pas assez prouvée, mais il a le même sentiment vis-à-vis du médecin auditionné. Il souhaite obtenir les sources scientifiques concernant les cas de précipitation qui auraient été observés (le plus localement possible). S'agissant de la Tavistock Clinic, il souhaite connaître la littérature sur laquelle le Dr Halpérin se base pour déterminer les conditions de la fermeture, car d'après ses recherches, la fermeture a eu lieu pour offrir un traitement avec un ancrage plus local dans divers centres régionaux. De même, il aimerait obtenir le lien des chiffres de l'OFS sur les torsoplasties et savoir si ces opérations ont été réalisées avec l'accord parental ou non.

Ensuite, il fait remarquer que le médecin préconise de ne pas avancer s'il y a un doute. Il désire savoir si l'auditionné préconise de s'abstenir dans tous les

cas s'il y a un doute, ou de limiter l'accès aux traitements, ou encore d'interdire tous les traitements « off label » (autres pathologies comprises). Dernièrement, il fait le parallèle par rapport aux transfusions sanguines dans les familles croyantes qui ne donneraient pas leur accord. Il demande si le médecin serait contre toute transfusion sanguine, comme il semble l'être pour les cas de patients transgenres.

Le Dr Daniel Halpérin s'exprime sur la précipitation. Il affirme que lors des formations qu'il reçoit, il entend souvent que les pédiatres doivent se dépêcher d'envoyer leurs patientes qui manifestent ce genre de pensées afin qu'elles puissent être traitées. Cette urgence présumée entraîne la précipitation. S'agissant de la Tavistock Clinic (telle qu'elle était organisée), elle a fermé ses portes à ce jour. Il lui semble que le conseil et les traitements sont dispensés à d'autres endroits. Il relève que la surcharge de patientes aboutissait à une prise en charge accélérée et de moindre qualité. En ce qui concerne les exemples scandinaves, il mentionne qu'ils sont cités dans sa lettre adressée au Swiss medical forum qu'il fournira à la commission.

Sur la question de ne rien faire, il affirme que ce n'est absolument pas le cas. Il souligne qu'il faut venir en aide aux jeunes qui vivent un mal-être, mais cette aide doit se faire par le biais d'un pédopsychiatre qui offrirait du temps de réflexion et une écoute attentive. Il précise qu'offrir un temps de réflexion ne signifie pas ne rien faire, mais bien au contraire d'offrir un temps utile et constructif. « Faire quelque chose » ne passe pas forcément par des traitements irréversibles.

Sur la question de l'accord parental, il se dit familier à cette problématique, car il a fait beaucoup d'oncologie pédiatrique. Dans les cas indiscutables d'urgence vitale (témoins de Jéhovah s'opposant à une transfusion sanguine), il n'a jamais hésité à saisir les tribunaux. Cela permettait de débloquer la situation, de préserver la foi des parents, de permettre à ces dernières de se tourner contre la décision juridique tout en préservant la relation familiale. Par conséquent, il n'estime pas nécessaire d'avoir systématiquement l'accord parental, surtout lorsqu'il s'oppose clairement à la santé de leur enfant.

Un commissaire MCG partage l'avis de laisser du temps au temps. Il pense que le PL 13324 cherche surtout à interdire et paraît trop extrême. Au contraire, le PL 13327 est un garde-fou contre qui souhaiterait freiner une décision contre l'avis d'un enfant clairement exprimé mais aussi contre qui veut pousser à des traitements intempestifs.

Le Dr Halpérin affirme qu'après la lecture du PL 13327, il ne lit nulle part la volonté d'interdire la prise en charge et les traitements trop rapides. En effet, le projet de loi interdit les thérapies de conversion, mais ne fait pas de

prosélytisme. Aussi, si la formulation était modifiée, il entrerait probablement en matière. Il lui semblait plutôt nécessaire de détacher la question des préférences sexuelles (dont il soutient l'interdiction des thérapies de conversion) des problématiques de trouble de l'identité de genre. Il rappelle d'ailleurs que ces troubles sont un problème médical, même si on veut faire croire l'inverse, car classé sous « F64 » (trouble de l'identité sexuelle).

Un commissaire Ve demande si le Dr Halpérin s'est dirigé vers ses pairs pour se tenir au courant de ce qui se fait, comme il n'a pas lui-même de statistiques dans ses patientes.

Celui-ci explique qu'il a volontairement participé à des rencontres de formation. Il relate une rencontre avec le Dr Merglen, de l'équipe de l'hôpital des enfants qui s'occupe des questions de genre. Ce dernier a pu le rassurer sur de nombreux points, comme sur la volonté de prendre le temps nécessaire. Il met toutefois en évidence d'autres questions (auxquelles il n'a pas réponse), comme la qualification des chirurgiennes qui ont la charge des opérations de réassignation sexuelle. Il se tient au courant au mieux, mais concède avoir des connaissances quelque peu superficielles à cet égard.

Audition du Prof. Arnaud Perrier, de la Dre Melissa Dominice Dao, médecin adjointe coresponsable de l'Unité de consultation ambulatoire de médecine interne générale du service de médecine de premier recours (HUG), et du Dr Arnaud Merglen, médecin adjoint coresponsable de l'Unité ambulatoire de santé des adolescents et jeunes adultes du service de pédiatrie générale (HUG), toutes deux chargés du Comité interdisciplinaire des diversités de genre, respectivement pour les adultes, et pour les enfants et adolescents

Le Prof. Arnaud Perrier présente les deux médecins qui l'accompagnent. Il dit que ce sont les deux personnes qui prennent en charge la question des transitions de genre aux HUG. Il rappelle que la mission des HUG est de soigner l'ensemble de la population genevoise, sans aucune discrimination, au nom des valeurs institutionnelles que sont la qualité, l'innovation, le service, la responsabilité mais aussi l'égalité et l'inclusion. Ceci inclut les mineurs et les jeunes qui se posent la question de leur identité de genre, car ce sont des personnes qui rencontrent des difficultés qui concernent la médecine.

Il constate une augmentation des jeunes de 11 à 18 ans qui ont une dysphorie ou une incongruence de genre (selon le terme le plus utilisé actuellement). Cet état était presque considéré comme une maladie faisant partie du répertoire psychiatrique. C'est aujourd'hui une particularité de l'individu et ces personnes viennent chercher des soins auprès des HUG.

L'accueil se fait en général avec les parents et une discussion a lieu pendant plusieurs séances où sont discutés les bénéfices et les risques, de façon individuelle. Ce travail se fait à travers une équipe multidisciplinaire.

Un garde-fou a été instauré avant toute prise en charge, il s'agit de l'accord des deux parents ainsi que du Comité interdisciplinaire des diversités de genre. Depuis 2015, la courbe est ascendante, une centaine de mineures sont venues consulter pour ces motifs, dont 76 ont débuté un traitement hormonal avant la majorité, le diagnostic de dysphorie de genre ayant été posé comme il se doit bien évidemment. L'âge moyen était de dix-sept ans, et la durée du suivi moyen, avant de prendre une décision d'entrée en matière pour un traitement, était d'environ un an (entre trois et huit séances). Le suivi est long et, à ce jour, il ne constate pas encore de détransition. La littérature relate un chiffre de 1 sur 1 000, l'absence de détransition n'est donc pas étonnante. La consultation est pluridisciplinaire et il n'y a pas d'intervention chirurgicale chez les mineurs. Par ailleurs, la seule intervention pratiquée aux HUG est la mastectomie bilatérale, la chirurgie génitale quant à elle (qui ne se fait pas avant 18 ans) se pratique au CHUV uniquement.

La controverse est clairement sociale et la médecine y est liée, car c'est elle seule qui peut intervenir, que ce soit par le blocage de la puberté ou par des traitements hormonaux féminisants ou virilisants. Les HUG souhaitent évoluer dans un cadre clair, tout en restant centrés sur les besoins individuels. Une évaluation extensive de la personne est faite, mais une incertitude est clairement assumée, liée, peut-être, au manque de recul par rapport à la prise en charge de ces personnes. Le recul est plus grand chez les adultes précise-t-il. Une intégration des recommandations internationales est réalisée et elles sont suivies très régulièrement afin de se maintenir au courant des progrès dans le domaine.

Un Comité interdisciplinaire des diversités de genre (CIDG) a été créé et comprend deux volets : adulte et enfant. Son mandat est d'harmoniser et de formaliser la réponse aux demandes de traitement d'affirmation de genre aux HUG, de répondre aux attentes de la société dans ce domaine et d'améliorer la qualité des soins, de favoriser des prises en charge interdisciplinaire coordonnées et d'accroître l'expertise collective.

Le Dr Merglen coordonne avec la Dre Dominice Dao le CIDG. Il s'occupe en particulier de la partie des mineurs. Ce comité a pour but de répondre collégialement aux demandes de traitement des patientes et de leur famille. Beaucoup d'attention est portée sur le concept d'irréversibilité des traitements, incluant l'impact potentiel sur la fertilité, et les risques de regrets ont été bien pris en charge lors de la phase d'évaluation. La pratique interdisciplinaire a été

formalisée, même si elle existait déjà, avec des réunions régulières ainsi qu'une documentation adaptée.

La prise de décision pour le traitement d'un mineur se fait de manière consensuelle. Lorsqu'il y a un désaccord, un avis est demandé au Comité d'éthique clinique. Cela permet de dépasser les propres limitations du CIDG ou de comprendre la complexité de la situation, de sorte à pouvoir refaire l'exercice de la balance risques/bénéfices par un collège plus large, avec un regard éthiquement plus pointu. La procédure consiste en une discussion des dossiers en comité (les personnes ont été rencontrées au préalable). Les personnes concernées et les autres spécialistes font une réunion mensuelle pour chaque tranche d'âge et un rapport est émis. Pour les personnes mineures, une discussion du suivi est menée. Il s'agit de voir l'évolution de la personne, au-delà de la décision.

De nombreuses spécialités médicales sont représentées au sein du CIDG afin de répondre avec le plus de compétences possible à la spécificité de chaque demande et à la situation globale de santé de la personne concernée. Ces spécialités incluent la médecine de l'adolescence et la médecine de premier recours, l'endocrinologie pédiatrique et adulte, la psychiatrie et la pédopsychiatrie, la gynécologie et la pédiatrie, la chirurgie plastique, la dermatologie et l'ORL. L'offre faite aux personnes se rapproche donc au plus près des capacités des HUG, du point de vue réel et médical.

Il concède avoir, peut-être, une vision un peu biaisée, car il ne se retrouve que face à des personnes qui viennent faire une demande de traitement médical. Il ne s'agit donc pas de personnes au début d'un questionnement mais de personnes qui ont fait tout un parcours qui va jusqu'au moment où un spécialiste de santé mentale a posé un diagnostic de dysphorie de genre (selon le DSM-5 de l'Association américaine de psychiatrie). Il attire l'attention sur le fait que ce diagnostic nécessite au moins six mois de cette détresse et avec les délais de prise en charge au sein des HUG, le délai dépasse largement les six mois. Le deuxième diagnostic utilisé est celui d'incongruence de genre (OMS), qui se focalise sur cette incongruence, marquée et persistante, entre le genre ressenti et le sexe assigné à la naissance, avec un fort désir de changement ou de vivre dans le genre ressenti.

L'entrée en matière ne se fait pas sans certificat médical attestant de la dysphorie de genre, lequel doit être établie par un pédopsychiatre ou un psychiatre formé. Il s'agit de la condition à un traitement hormonal ou, pour les adultes, à un traitement chirurgical. Le travail de ces médecins est de poser le diagnostic, d'exclure les autres diagnostics confondants, de vérifier la stabilité de la situation et la stabilité des autres problèmes de santé qui pourraient avoir un impact sur le devenir de cette personne. Ensuite, elles

attestent de la présence de la capacité de discernement qui fait qu'un consentement éclairé peut être donné, de sorte à pouvoir s'engager dans un traitement.

Il explique comment se déroule le processus chez les mineures. Il fait une parenthèse et explique qu'il se retrouve face à une majorité de personnes qui se sont déjà largement questionnées, ont abouti à cette étape et sont prêtes à entamer un traitement. Il y a donc une porte d'entrée pédiatrique (3-5 consultations), puis une évaluation de la capacité de discernement, réalisée par une pédiatre ou une médecin spécialiste de l'adolescence. Les pédopsychiatres accueillent ensuite les jeunes et leur famille pour réaliser une évaluation diagnostique des comorbidités psychiatriques d'une part et de la capacité de discernement par une deuxième médecin d'autre part. Si la situation va dans la bonne direction, un bilan endocrinologique est réalisé et il sera également vérifié si un consentement éclairé est donné pour ce traitement.

Il est important que les parents soient impliqués à chaque étape, car ce sont elles qui vivront et accompagneront leur enfant par la suite. L'évaluation est donc faite par trois spécialistes au minimum. Depuis 2015 (date de la première demande aux HUG), un calcul du temps qui s'est écoulé entre la demande et le début du traitement a été fait pour les septante-six jeunes, et la moyenne se situe à quatorze mois. Cette moyenne est tout à fait comparable aux autres centres universitaires de Suisse.

Un suivi médical interdisciplinaire persiste après la première évaluation, à hauteur d'une séance par mois environ. L'évaluation est réactualisée pour chaque traitement. Un consentement est spécifique pour chaque traitement, il ne s'applique pas pour les futures étapes. Une stratégie de minimisation de risques et de regrets est appliquée à chaque fois, même si ces traitements ont un impact, chaque individu a un profil particulier qu'il s'agit d'intégrer dans les décisions.

Parmi les stratégies pour minimiser les regrets, une discussion est menée au sujet de l'impact sur la fertilité et une consultation est proposée avec les spécialistes de ce domaine, de manière à réduire les impacts autant que possible. Une discussion factuelle des risques et bénéfices a lieu, ainsi que sur les risques de détransition. Des patientes qui auraient détransitionné auraient évidemment la possibilité de continuer leur suivi au sein des HUG. Il n'y jamais de bons ou de mauvaises patientes mais une série de réajustements qui doit se faire en fonction.

Le Prof. Arnaud Perrier répète que ce questionnement se fait partout dans le monde, au sein de centres spécialisés. De la recherche est menée dans le domaine et de la connaissance est accumulée. Il dit être en contact avec les

réseaux, mais aussi se tenir au courant, par la littérature, des progrès dans le domaine. Enfin, un colloque régulier a lieu avec le CHUV sur cette thématique.

Il aborde l'utilisation des médicaments « off label ». Il précise qu'un médicament hors indication n'est pas un médicament expérimental. Il s'agit d'un médicament qui a été validé pour une indication ou pour une population.

Par exemple, Swissmedic validera l'usage d'un médicament dans un certain domaine, car suffisamment d'études ont été réalisées. Or, il se peut que, dans l'expérimentation, il ait été mis en évidence que le médicament fonctionne pour un autre domaine. Il est donc possible de traiter une patiente avec un médicament hors indication car la connaissance existe. Il donne l'exemple d'un médicament qui n'aurait été testé que chez les hommes, qui pourrait être donné à des femmes.

En pédiatrie, comme très peu d'études peuvent être menées chez les enfants, la majorité des médicaments ont été validés chez l'adulte et sont hors indication chez l'enfant. Il en vient aux bloqueurs de la puberté par exemple, utilisés habituellement contre les pubertés précoces, ils fonctionnent très bien dans ce cadre et peuvent donc être prescrits pour bloquer une puberté pour une autre indication. Il souligne que ce n'est en aucun cas un traitement expérimental et il n'y a nullement besoin de soumettre la prescription de ces médicaments à une quelconque commission d'éthique de la recherche.

Il rappelle que les soins sont vraiment centrés sur la personne concernée. Il précise qu'en droit suisse, la capacité de discernement n'est pas liée à l'âge. Cette capacité est définie selon les situations et elle peut être délicate dans le domaine médical, entre 12 et 18 ans, car les jeunes peuvent avoir une compréhension de certaines choses mais pas de toutes. Il relève que les jeunes de 16 ans sont parfaitement au clair sur ce qu'elles souhaitent. Elles sont donc capables de discernement sur les traitements qu'elles souhaitent. La personne elle-même est la meilleure source d'information sur ce que sont ses préférences. Toutefois, du côté des médecins, il n'y a pas d'obligation à répondre à une demande si d'autres problèmes psychiques sont constatés. L'autonomie de la patiente correspond à la possibilité de refuser un traitement et non de l'exiger.

S'agissant des personnes mineures, il est important qu'elles puissent venir partager leur questionnement et leur malaise. La demande est souvent une demande de transition sociale, qui peut passer par un changement de nom à l'état civil et qui ne s'accompagne pas de traitement médical. Les HUG offrent toutefois un soutien médical et psychologique.

Le Dr Merglen ajoute que ce n'est pas le médecin qui décide de la transition. Celui-ci est là pour accompagner, parfois freiner, mais il ne pousse

ni dans une direction ni dans l'autre. Il est important de favoriser le dialogue entre le jeune et ses parents et d'aider ces derniers à trouver une position qui soutienne leur enfant, tout en gardant les valeurs et la responsabilité de parents. D'une part, les jeunes doivent prendre conscience des risques à long terme et, d'autre part, les parents doivent parfois se connecter à une réalité qui n'est pas la leur. Ainsi, si une personne veut accéder à un traitement de type bloqueur ou hormonal, il faut qu'il y ait : une évaluation multidisciplinaire qui ait posé un diagnostic de dysphorie de genre, une capacité de discernement claire, qui soit entière sur ce plan-là, un consentement éclairé, un accord des représentantes légales et une validation par le CIDG. Alors, des agonistes de la GnRH peuvent être donnés (peu après le début de la puberté) et, dès 16 ans, il est possible d'entrer en matière pour des traitements hormonaux de type féminisant ou masculinisant.

La Dre Dominice Dao aborde la procédure appliquée aux personnes majeures. Le processus est relativement similaire. Une évaluation sera réalisée pour toute demande de traitement hormonal ou chirurgical, par les mêmes spécialistes. L'autorisation des parents n'est plus demandée, mais ils ne sont pas pour autant exclus du processus, sachant que beaucoup de jeunes adultes vivent encore au domicile familial. Les étapes sont similaires aux mineures pour le reste. Elle explique que vingt demandes ont été reçues l'année dernière. Elles n'étaient pas toutes adressées aux HUG car certains suivis se font en ville. Mais les HUG sont à disposition en cas de nécessité, dans les cas plus complexes notamment. Cela permet ainsi de prendre des décisions par le biais de plus grands groupes. L'âge moyen était de 25 ans (entre 18 et 50 ans).

En Suisse, le changement de genre est facilité par la loi depuis 2022. Il est intéressant de voir que pour environ 1 500 changements en 2022, 53% concernaient le changement du masculin au féminin, et 47% pour l'inverse. Elle note toutefois que, chez les jeunes, les demandes de changement du féminin au masculin sont plus nombreuses. C'est en revanche l'inverse pour toutes les autres catégories d'âge, selon les chiffres de l'OFS. Les personnes mineures opérées restent peu nombreuses (17 en 2019, 26 en 2022). Elle explique encore que l'âge de 17-18 ans est un moment charnière pour les jeunes, car c'est le moment où ils entament une nouvelle formation. Ainsi faire une opération pendant l'été, avant de commencer une nouvelle rentrée, est un argument avancé pour réaliser ces chirurgies. Elle ajoute encore que parmi toutes les hospitalisations (hors chirurgie de transition) qui comprenaient un diagnostic de dysphorie de genre en Suisse, 60% avaient un motif psychiatrique comme raison principale, ce qui marque la mauvaise santé mentale de cette population.

Le Prof. Arnaud Perrier en conclut que l'approche développée aux HUG se veut prudente face à cette nouvelle problématique. De nombreuses compétences ont été développées ces dernières années et l'entrée en matière sur des traitements irréversibles ne se fait pas sans minimiser les risques (désir de la personne, soutien des parents). Les auditionnées marquent leur soutien au PL 13327, contrairement au PL 13324 qui les mettrait dans un certain embarras et ferait courir un certain nombre de risques qui n'ont pas été abordés. En effet, une jeune qui n'aurait aucune chance d'être accompagnée dans sa démarche par le corps médical risquerait de suivre les circuits parallèles, à savoir passer commande sur internet de certains traitements ou simplement aller dans un autre canton. Il pense que serait une régression complète par rapport à la situation actuelle et par rapport à une prise en charge qui se veut complète et respectueuse.

Une commissaire PLR se dit rassurée quant à la qualité de la prise en charge aux HUG alors qu'une précédente audition relatait des ablations de seins exercées sur de jeunes filles de moins de 14 ans.

Elle souhaite connaître le délai minimal sur l'entrée en matière pour un traitement, par rapport à la moyenne exprimée de 14 mois. Le Dr Merglen évoque un cas qui a abouti en 11 mois. Le plus rapide comprenait six consultations avec la médecine de l'adolescence, une dizaine en pédopsychiatrie et au moins trois en endocrinologie. Ensuite, il explique que cinq situations ont dépassé les deux ans, dans un contexte de problèmes familiaux ou encore de comorbidités de type trouble du spectre autistique. En effet, la prise en charge a nécessité l'intervention d'autres spécialistes pour une évaluation plus globale.

Les jeunes sont parfois contraintes par leur emploi du temps (examen, etc.) et leur traitement s'adapte à ce rythme. Il est important que les jeunes puissent s'épanouir dans leur vie, de sorte que l'aspect traitement puisse être considéré comme secondaire. Il aborde la question de la promotion et affirme que de la formation continue est dispensée aux pédiatres, aux endocrinologues et aux pédopsychiatres.

La commissaire PLR souhaite savoir combien de cas mènent à des désaccords au sein du CIDG. Sur 76 cas, seulement 3 ont été concernés et ont donné lieu à un avis de la commission d'éthique. Au moment de la prise de décision, au moins trois spécialistes ont été consultées (une pédiatre, une pédopsychiatre et une endocrinologue). En général, les positions s'alignent au fur et à mesure des séances.

A la question de qui prend la responsabilité d'une prescription « off label », le Prof. Arnaud Perrier répond que c'est la médecin prescriptrice qui prend la

responsabilité de la prescription hors indication et qui en assume le risque également. Or, plus on s'écarte de l'indication initiale et plus le risque est important. Ce dernier se réalise uniquement s'il y a un problème avec le médicament et si cela se fait très en dehors d'une indication justifiable. La hausse des demandes adressées aux HUG pour les mineures émane d'ailleurs de cette problématique. En effet, des endocrinologues pédiatres ont été pris à partie par des associations opposées à la transition de genre chez les mineures et elles se sont donc tournées vers les HUG pour l'administration des traitements.

La commissaire PLR s'inquiète aussi du risque pour les HUG de tomber sous le coup de sanctions prévues par le PL 13327 s'ils venaient à ralentir une prise en charge liée à l'identité de genre. Il lui est répondu que c'est une question de jurisprudence qui ne peut être prévue. Il pourrait certes être reproché aux HUG de ralentir la décision ferme d'un individu mais en tant que médecins, sachant que les traitements sont conséquents, elles ne sont pas obligées de répondre aux demandes comme le ferait un simple prestataire de service. Une évaluation reste à faire et tout le monde a conscience que l'adolescence est une période délicate où de nombreuses questions identitaires et de genre ont lieu. Réduire les délais par peur de tomber sous un article de loi n'est pas une pratique justifiable selon lui. Les HUG se disent confiants qu'en cas de litige, la démarche prudente soit valorisée. Afin de faire des prescriptions dans les règles de l'art, du temps est nécessaire afin de respecter le cadre légal.

Un commissaire S demande comment se passe un cas lorsque l'accord parental d'un individu mineur n'est pas présent. Le Dr Merglen affirme qu'il est normal qu'il y ait des conflits dans le processus et surtout durant la période de l'adolescence. Une discussion a alors lieu sur ce qui importe le plus pour les unes et les autres et, dans la majorité des familles, c'est la santé des enfants et l'intégration dans la famille qui importent le plus. Il considère que c'est l'axe transversal principal de la discussion. En général, les jeunes viennent accompagnées de leurs parents et, à deux exceptions près, un chemin d'entente a été trouvé. Il précise que dans ces deux situations, le TPAE était déjà impliqué, car les cas étaient plus complexes. Il signale que le TPAE est parfois saisi dans les situations où l'accord parental va contre les intérêts de la patiente (le cas ne s'est pas encore présenté pour les transitions de genre) et les HUG respectent les décisions de la justice ou de la curatrice de soin qui est nommée. Il affirme que l'objectif est de trouver ce qui répond à chaque situation et qui s'adapte de manière particulière, le tout avec une pesée des risques et bénéfices raisonnable.

Le commissaire socialiste souhaite aussi savoir si des études ont été faites sur les bloqueurs de puberté utilisés dans le cadre de l'incongruence de genre dans les pays qui le font depuis un certain temps et s'ils ont des précisions sur les pays scandinaves qui seraient soi-disant revenus en arrière afin de faire rentrer ces traitements dans le cadre de nouvelles études. Il fait référence également à une clinique qui aurait fermé en Angleterre et aimerait avoir des précisions.

En ce qui concerne les bloqueurs de puberté, plus précisément les agonistes de la GnRH (Lucrin ou autre), il affirme que de nombreuses études décrivent que cela fonctionne très bien pour stopper temporairement la puberté. Ces traitements sont d'ailleurs utilisés dans cette indication. Les études comprennent les effets secondaires sur la densité osseuse (au bout de quatre à six ans). Ce qui n'existe pas, en revanche, ce sont des études comparatives sur des individus en transition de genre qui auraient accepté d'être observés, en termes d'éthique ce genre d'étude n'est pas envisageable. Il existe un consensus dans les congrès scientifiques sur la réversibilité des bloqueurs de puberté sur le plan corporel. Mais un doute subsiste autour des années « perdues » en étant moins sexué que ses camarades. Or, il estime que la génétique naturelle implique ce genre d'injustices et que l'impact social lié à un traitement serait équivalent.

Le commissaire S souhaite que des chiffres existent sur les cas de détransition. En Scandinavie, les personnes qui souhaitent opérer une transition de genre doivent le faire dans le cadre d'une étude. En effet, il est fréquent, dans les pays qui ont une sécurité sociale, d'imposer des conditions supplémentaires pour pouvoir accéder à un traitement. Il serait difficile de le faire en Suisse, car cela n'entre pas dans le cadre légal, mais il est compréhensible que les pays nordiques aient voulu avoir un meilleur suivi de la situation. Les traitements ne sont donc, à sa connaissance, pas arrêtés à ce jour. En Angleterre, le système de santé est quelque peu débordé en termes de demande et il y a un manque de personnes qui peuvent assurer un suivi en psychothérapie. En Scandinavie, un focus est fait sur le suivi psychothérapeutique. Il fait toutefois remarquer que cette problématique est relativement récente et qu'il n'y a pas suffisamment de personnes formées pour faire un suivi de qualité.

Les auditionnés reviennent sur le rapport de la Dre Cass (nommée par la NHS pour faire le rapport) qui a recommandé de faire fermer le centre de Londres, car il été dépassé par la demande. La prise en charge était en effet très retardée ou dysfonctionnelle. Cependant, le rapport demandait aussi de faire ouvrir un centre dans chaque région afin de continuer cette prise en charge. A sa connaissance, deux ou trois centres régionaux ont été ouverts, continuant

donc la prise en charge des traitements avec bloqueurs et hormones chez les mineures. Selon leur compréhension, le système centralisé était fonctionnel avec peu de patientes, mais avec la hausse, le système s'est retrouvé débordé et le suivi se poursuit dans les différentes régions dorénavant.

Le Dr Merglen affirme qu'il n'a pas entendu parler spécifiquement d'études menées sur la détransition. Il évoque l'inquiétude qui se dessine autour de l'automatisme à suivre un traitement hormonal après une phase de bloqueurs. Il souligne que les bloqueurs permettent de donner du temps, de sorte que les personnes puissent mûrir et qu'une pesée des risques et bénéfices soit réalisée avec une meilleure connaissance de la personne. Dans ce contexte, l'administration d'hormones à un stade précoce pourrait amener les personnes à ne pas se reposer les bonnes questions sur ce qui leur conviendrait le mieux.

La Dre Dominice Dao relate une étude canadienne très intéressante. Elle affirme que le terme de détransition fait référence, dans l'imaginaire de toutes, à une personne née avec un sexe, qui entame une transition et qui revient en arrière. Or, il ne d'agit pas du tout de cela. En effet, parmi les personnes interrogées, une partie se dit déçue de la chirurgie. D'autres pensaient pouvoir résoudre tous leurs problèmes, mais se retrouvent face à des discriminations qu'elles avaient du mal à gérer, d'autres encore arrêtaient simplement leur traitement par lassitude. Elle explique que le concept de détransition englobe toute une série de réalités complexes et non un simple retour en arrière.

Le Prof. Perrier mentionne qu'il s'agit d'une constante en médecine. En effet, dans ce domaine, il y a une obligation de traitement mais pas de résultat. Il peut malheureusement y avoir des déceptions, mais cela ne justifie pas de ne plus prendre en charge les patientes. Il ne faut pas juger de la validité d'un traitement en partant des échecs, cela n'aurait aucun sens.

Une commissaire PLR demande des précisions sur l'obtention de consensus lorsque plusieurs médecins sont sollicités et la manière de résoudre les cas où le consensus est absent. Le Dr Merglen explique que la démarche prend beaucoup de temps. Chaque praticienne relatera l'histoire de la patiente, les échanges qui ont eu lieu avec, et partagera ensuite son niveau de certitude ou d'incertitude. Les échanges collectifs ont lieu un certain nombre de fois au sein du CIDG, jusqu'à aboutir à une perception consensuelle et complète de tous les aspects (accord des parents, fertilité, compréhension de la patiente, etc.). L'approche commence avec un traitement réversible qui laisse le temps d'évaluer comment les choses se passent. Il est possible de percevoir si le jeune va mieux ou l'inverse, avec des petits changements tels qu'un nom ou une coupe de cheveux. Ainsi, c'est l'histoire de l'individu qui guide les avis.

Une deuxième question de la commissaire PLR porte sur l'avis des parents qui s'opposent à la capacité de discernement de l'enfant. Elle évoque l'art. 9 du PL 13327 qui a suscité les inquiétudes tant des parents que de certains médecins, car ces derniers pourraient être sanctionnés s'ils s'opposent au processus. Le Dr Merglen insiste sur le fait qu'il n'y a pas de droit absolu pour toute personne s'adressant aux HUG de repartir avec un traitement. La capacité de refuser persiste si les conditions médicales et légales ne sont pas appliquées. Il affirme que les personnes qui viennent consulter se rendent bien compte que les médecins souhaitent les aider. Dès lors, il ne se dit pas inquiet de se faire attaquer pour ne pas avoir délivré une ordonnance au premier rendez-vous.

De plus, le Prof. Perrier relève l'art. 7 (interdiction des pratiques visant à modifier ou réprimer l'orientation affective et sexuelle ou l'identité de genre) à l'alinéa 2 let. c : « le fait d'inviter à la réflexion une personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage le traitement prévu à la lettre b, tout en respectant son autodétermination et sans entraver ou retarder son accès aux soins d'affirmation ; » démontre que l'invitation à la réflexion n'est pas une pratique qui serait interdite.

La troisième question de la commissaire PLR concerne les trois différentes phases (bloqueurs, hormones, chirurgie), elle demande si les données existent sur le nombre de personnes ayant reçu les différents traitements, mais aussi sur celles qui auraient opéré une détransition. Il lui est répondu qu'un nombre peu élevé (moins d'une dizaine) de personnes a eu des bloqueurs à un âge où ils ne pouvaient pas avoir d'hormones. La plupart des jeunes qui viennent aux HUG ont ente 15 et 18 ans et leur puberté a déjà eu lieu. Pour le reste, il y a une dizaine de chirurgies génitales, et un tiers des jeunes qui se dirigent vers une torsoplastie (ablation des seins et reconstruction d'un torse masculin).

Enfin la commissaire PLR s'inquiète de la « responsabilité extrême » des médecins. Elle désire savoir si des recommandations de la Société suisse de pédiatrie ou encore de la commission d'éthique fédérale seraient des outils utiles aux médecins. Le Dr Merglen estime que plus il y a d'avis et d'éclairage sur une situation complexe, mieux c'est. Pour la Société suisse de pédiatrie, il estime que le champ évolue très vite et qu'elle est peut-être un peu dépassée. Si elle mettait les moyens nécessaires pour se tenir au courant de ce qui se fait au niveau européen ou mondial, cela pourrait être constructif.

Un commissaire S relate que de précédentes auditionnées ont fait part de supposés manquements d'accompagnement et d'information et souhaite que les auditionnées développent leur point de vue à ce titre. Le Dr Merglen affirme que l'accompagnement des parents représente la plus grande difficulté du système de soin actuel et que la Suisse est très mal placée par rapport aux pays européens concernant les éléments de prévention. Même au niveau des

consultations, une mission d'intérêt général a été demandée au département, car les prises en charge complexes ne sont pas facturables à la LAMal.

Le Prof. Perrier dit que les mauvaises expériences peuvent parfois survenir, mais que, grâce à ces missions d'intérêt général, les HUG sont en mesure de fournir un service de qualité à la population et les prises en charge sont satisfaisantes.

Une commissaire LC fait part de son questionnement quant au recul nécessaire pour légiférer et souhaite que les auditionnées développent sur un chiffre avancé de 60% de problèmes psychiatriques présents chez les patientes.

La Dre Dominice Dao explique que la dysphorie de genre est une détresse causée par sa reconnaissance dans un genre qui n'est pas celui qui est attribué à la naissance. En médecine il s'agit d'une comorbidité psychiatrique (risque de problème de santé mentale). Cela signifie que, pour toutes les hospitalisations de personnes avec un diagnostic de dysphorie de genre qui n'étaient pas lié à leur transition, dans 60% des cas il y avait un diagnostic psychiatrique associé. Ce n'est pas du tout le cas de la population en général. Sous motif psychiatrique, elle entend un état dépressif, anxieux, avec une suicidalité importante (les chiffres s'appliquent à toute la population confondue).

Le Prof. Perrier revient sur la nécessité des projets de lois. Il espère un retrait du PL 13324, car il pense que les conditions ne sont pas réunies pour faire une loi raisonnable. La question doit rester dans la sphère médicale, de sorte que les médecins puissent évoluer en toute confiance dans le domaine. Pour le PL 13327 en revanche, il estime que cela touche une question de prise de position au niveau social.

Un commissaire Ve se réfère aux 76 cas de personnes mineures. Il demande si chacune d'elles a vu une médecin différente ou si les cas se répartissent sur un petit nombre de spécialistes. Il constate la montée au créneau de plusieurs médecins et d'associations, et souhaite en connaître les raisons.

Le Dr Merglen répond que l'équipe de médecine des adolescentes se compose de six personnes. Du côté de la pédopsychiatrie, même si le tournus est grand, il en dénombre globalement cinq et deux pour l'endocrinologie. Il précise que ces derniers ne sont que peu sollicités au début du processus. La coordination se fait surtout au niveau de la pédiatrie et de la médecine de l'adolescence. Pour la question relative à la désinformation, il mentionne que c'est le problème de la société actuelle. Au contact quotidien des jeunes qu'ils accompagnent, grâce à la constatation d'une amélioration significative de leur état, il est alors possible de se conforter dans l'idée qu'il s'agit de la bonne démarche. La théorie n'est parfois pas suffisante pour se forger une opinion

pertinente. Il relève que la transition de genre n'est pas prescrite à n'importe qui et il s'agit de la moins mauvaise solution pour un tout petit nombre de personnes qui vit d'intenses souffrances.

Le Prof. Perrier relève qu'entre avoir des opinions et devoir prendre en charge des situations, il ne s'agit pas tout à fait du même registre. Les médecins sont face à des individus en souffrance et il faut essayer de gérer le problème au mieux. L'opinion tranchée n'est parfois pas un luxe qui leur est permis.

Un commissaire UDC demande si le consentement des parents est reconnu d'office ou si une évaluation auprès d'un psychiatre a lieu pour savoir s'ils sont eux-mêmes aptes. Ensuite, il demande si les enfants, entre elles, ne sont pas influencées par leurs amies.

Par rapport aux parents, ils ne sont pas l'objet d'une évaluation en tant que telle, mais ils sont vus lors de nombreuses séances. Les médecins peuvent alors se faire une idée et, face à leur souffrance, des thérapies familiales sont parfois mises en place. Au moins un entretien seul (avec les parents) est mené par l'équipe des pédopsychiatres, mais l'évaluation des parents n'est pas la condition nécessaire pour accepter la demande d'un enfant. La situation reviendrait à projeter l'erreur sur les parents et ce n'est pas l'image qui doit être donnée.

Pour l'influence des amis, elle est évidemment forte. Cependant, la constance des demandes l'est d'autant plus. Les ados changent rapidement d'avis et se laissent influencer, mais les demandes auxquelles les HUG accèdent sont celles qui sont stables et cohérentes. Il note que les sacrifices sont grands, mais la détermination des individus qui aboutissent dans leur démarche est claire.

Audition de Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat chargée du DF, et Emilie Flamand, directrice du BPEV

Les auditionnées commencent par trois définitions :

– Pour l'orientation affective et sexuelle, la question qui se pose est « par qui suis-je attiré physiquement ou émotionnellement ? ».
– Pour l'identité de genre, la question que se pose la personne est « comment je me perçois dans ma tête ? ».
– Pour l'expression de genre, les questions que se pose la personne sont « comment je me comporte ? », « comment est-ce que je m'habille ? », « comment j'interagis avec les autres ? ».

Elles sont communiquées sans chercher à les influencer et sans porter de jugement. Elles sont factuelles, c'est comme cela que doivent se comprendre ces mots et il est important d'avoir une bonne compréhension de ces termes.

Les thérapies de conversion existent et sont difficiles à réprimer dans le cadre légal existant. Le PL 13327 a fait l'objet de nombreuses consultations dans les milieux intéressés par les thématiques liées à l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre, et les caractéristiques sexuelles. Le BPEV s'occupe de ces thématiques.

Ils ont consulté de nombreuses associations de défense des droits LGBTIQ+, lesquelles attendent ces lois avec impatience. Elles constatent les effets dévastateurs, sur le court et long terme, sur la santé mentale des personnes subissant ces thérapies de conversion. Cela permet de donner un signal clair que ces comportements ne sont pas tolérés et dire aux victimes que des aides existent. Il est difficile de quantifier le nombre de thérapies de conversion. Selon PinkCross, plus de 14 000 personnes ont été victimes de ces thérapies de conversion.

A ce jour, des objets parlementaires sont en cours de traitement au niveau fédéral et cantonal. Neuchâtel a été le premier canton à avoir légiféré en modifiant son code pénal en 2023. Une modification de la loi sur la santé est à l'étude dans le parlement vaudois. La question est aussi à l'étude dans le Jura, à Berne, en Valais, à Lucerne, à Saint-Gall, à Bâle-Ville, et à Zurich. A terme, elles souhaiteraient également une solution fédérale, mais cette décision pourrait intervenir dans plusieurs années. Le Conseil d'Etat souhaite mettre un terme à ces pratiques dès maintenant.

Le PL 13324 veut interdire les interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs, la prescription et l'administration de tout traitement allant dans ce sens, ainsi que la promotion de telles pratiques. Il pose un problème très clair de l'accès au soin des personnes LGBTIQ+ et suscite une forte inquiétude parmi les professionnelles de la santé ainsi que les associations de défense des droits des personnes LGBTIQ+.

Il part d'une prémisse que l'Etat et les médecins encourageraient une mode ou changeraient ce qui se fait usuellement, que ce serait mis en avant et défendu avec force. Elle pense que c'est une erreur de perception. Personne ne fait la promotion active de changements de genre et de prise de médicaments, encore moins à des mineurs. Dans le cadre des consultations de personnes mineures, il n'y a aucune volonté étatique d'exercer une quelconque influence sur les désirs des personnes concernées.

Elle souligne les 1171 changements de sexe à l'état civil en Suisse en 2022, dont 71 à Genève. Les changements sont équilibrés entre femmes et hommes.

Les procédures sont simplifiées pour changer de sexe à l'état civil depuis 2022, avec des effets de rattrapage pour les personnes qui attendaient depuis de nombreuses années pour effectuer ce changement.

Les auditionnées mentionnent plusieurs études qui ont mis en lumière le risque élevé de passer à l'acte par rapport aux jeunes cisgenres du même âge. Ce n'est pas le fait d'être trans qui conduit à avoir des idées suicidaires, mais le regard que porte la société sur elles qui les rend vulnérables. La confrontation à différentes discriminations ou violences peut les amener à être rejetées. L'augmentation du nombre de personnes trans n'est pas liée à un effet de mode : ce n'est pas « sympa » d'être une personne trans, c'est au contraire être exposée à des risques de violence et de discrimination sur l'espace public, à l'école, au travail, et sur les réseaux sociaux. L'apparente augmentation du nombre de ces personnes est à mettre en lien avec la libération de la parole. Ce n'est plus tabou. Ils soulignent une baisse du taux de suicide lorsqu'il y a une prise en charge de qualité, et surtout lors du soutien de la famille. Il y aurait 93% de moins de conduites à risque et de problèmes de santé mentale lorsque les parents sont soutenants.

L'approche transaffirmative n'est pas une idéologie émergeant de partis ou de certains milieux sociaux, elle est recommandée par l'OMS. Elle est globale et systémique, avec une acceptation du ressenti des personnes concernées et de leur genre actuel et futur. Elle rappelle l'importance de l'autodétermination, de la capacité de discernement et du consentement éclairé comme base de prise en charge.

La Conseillère d'Etat Nathalie Fontanet explique que la transition médicale n'est qu'un aspect de cette transition. L'approche transaffirmative ne vise pas à proposer directement à ces personnes une transition médicale mais une prise en compte de leur ressenti. Il leur faut la capacité de discernement, l'autodétermination et un consentement éclairé. Les transitions sociales ou légales, moins lourdes pour la personne, sont aussi très souvent envisagées et permettent à la personne de vivre plus aisément avec son genre affirmé.

Une transition sociale permet à une personne d'adopter une expression de genre davantage en accord avec son identité grâce à une coiffure, des accessoires, des vêtements ou encore des pronoms. Une transition légale permet le changement de la mention du genre. Elle nécessite plusieurs conditions, dont la conviction intime et constante de la personne. La capacité de discernement est présumée dès 12 ans et s'analyse in concreto lors des demandes. Le consentement du ou des représentants légaux si les mineurs ont moins de 16 ans, ou du curateur, est aussi analysé. Aussi, la déclaration ne doit pas être abusive. Ces transitions légales et sociales sont réversibles et

permettent à la personne de mûrir une éventuelle décision de poursuivre la transition avec les hormones, voire des opérations.

Communiquer des informations sur ces différentes formes de transition, y compris hormonales et chirurgicales, fait partie de l'accompagnement d'un jeune dans la construction d'une décision éclairée. Ces éléments ne sont pas apportés à un jeune qui consulte son médecin pour une angine. Il n'y a pas de prosélytisme chez les médecins. L'approche transaffirmative a été cadrée dans le guide WPATH publié en 2012 et mis à jour en 2022. L'explication, la discussion et la responsabilité de s'assurer de la bonne compréhension de la personne en questionnement avant tout traitement font l'objet du devoir des médecins et des professionnelles de la santé.

La professionnelle ne prend pas activement part à l'affirmation de l'identité des jeunes. L'accompagnement se base sur l'autodétermination des jeunes qui cherchent à comprendre leur identité de genre. Un canevas très précis pose le cadre à suivre au Refuge. L'accompagnement psychosocial se base sur les demandes exprimées par le jeune. La capacité de discernement est estimée entre 12 et 14 ans, puis chaque situation est évaluée individuellement. Une jeune peut consulter sans l'avis de ses parents, comme pour une transfusion de sang, de même qu'elle peut accepter ou refuser une chimiothérapie contre l'avis de ses parents. C'est à elle de se déterminer. Ne pas permettre de répondre aux questions de la jeune, c'est ne pas répondre à la détresse ressentie en espérant que « cela passera ». C'est laisser la personne seule face à des informations de qualité très diverse. Le jeune peut courir un danger en se retrouvant face à de mauvaises informations. C'est un déni du droit à la santé et d'accès à l'information qui permettent à la personne de prendre une décision éclairée.

Chez les personnes LGBTIQ+, l'identité de genre et l'orientation sexuelle ne sont pas responsables de leurs problèmes de santé psychique. Cela provient plutôt d'expériences de discrimination vécues et de l'absence de facteurs de protection psychique et sociale. La confiance en soi, le soutien de l'entourage, et la stabilité professionnelle sont moins présents chez les personnes trans et non binaires. Le Conseil fédéral a chargé l'OFSP de rechercher les mesures nécessaires dans le cadre d'un plan d'action national sur la prévention contre le suicide.

Le fait d'avoir vécu des discriminations au sein du système sanitaire renforce le renoncement aux prestations de santé. Le personnel de santé formé joue un rôle central dans la prévention des discriminations dans les soins de santé. Les professions de la santé doivent être formées à ces questions LGBTIQ+ afin de permettre une prise en charge inclusive et respectueuse. Un certain nombre d'expertes suisses et internationales sont intervenues lors du

Colloque Santé Trans 2022. Elles ont confirmé les besoins en formation du personnel médical et de la santé. Elles ont montré les difficultés pour ce personnel d'effectuer son travail sereinement dans un contexte de plaintes et de pression médiatique autour des questions de prise en charge de personnes trans.

Si le PL 13324 devait être adopté, il découragerait les jeunes professionnelles à se former dans la matière. Celles étant déjà formées renonceraient à continuer dans le domaine et cela provoquerait une aggravation de l'accès aux soins des personnes concernées. Cela irait à l'encontre des besoins mis en lumière dans le rapport du Conseil fédéral.

En conclusion, le Conseil d'Etat et le BPEV sont conscients qu'il s'agit d'une problématique très sensible. Les parents confrontés à ces problématiques peuvent avoir des réactions d'incompréhension et de rejet, mais l'accompagnement par une association permet de faciliter les choses en maintenant ou en rétablissant le dialogue. C'est un facteur décisif de protection des personnes concernées. Chaque situation est différente et mérite un accompagnement qui soit personnalisé. Légiférer sur une interdiction de tout traitement irait contre les intérêts des personnes concernées et de leur entourage. Il n'est pas positif d'avoir des ruptures entre jeunes et leur entourage. Cela n'irait pas dans l'intérêt de la santé publique.

Une commissaire PLR relate que de précédentes auditions ont fait état de mastectomies sur des jeunes filles de moins de 10 à 14 ans. La Conseillère d'Etat rappelle que le département rapporteur est le DSM, mais indique qu'elle est aussi choquée d'entendre que des filles de 10-12 ans puissent subir une mastectomie, non pas pour des raisons médicales mais pour des questions d'identité de genre. Elle confirme être opposée à ce type d'intervention pour des enfants de cet âge. Elle n'est pas convaincue qu'à 10-12 ans un enfant puisse prendre des décisions aussi définitives. Il y a des volontés adolescentes, c'est normal, mais s'agissant d'un acte aussi grave avec des conséquences aussi graves, elle n'y est pas favorable. Elle n'est pas persuadée que le refus de discuter avec un jeune pourrait être pris comme un acte contraire à ce qui doit être fait par le PL 13327 et ait été la volonté du Conseil d'Etat lors de sa rédaction.

La commissaire PLR souligne que, selon l'audition des HUG, ceux-ci n'effectuent l'accompagnement qu'avec l'accord des parents. C'est une entrave au mineur capable de discernement qui voudrait des hormones mais que les parents refusent. Les HUG pourraient donc tomber sous le coup du PL 13327. Selon elle, les parents qui s'opposent au changement de genre seraient des parents maltraitants. Elle se demande s'il faut véritablement des sanctions pour les parents, cet aspect l'inquiète beaucoup. Pour le PL 13324,

c'est au médecin de choisir les traitements nécessaires, mais elle pense qu'il s'agit de la responsabilité de l'Etat que tout ne passe pas par les médecins. L'Etat doit intervenir s'il y a des mastectomies effectuées sur des enfants de 10-12 ans qui ne sont pas réalisées pour des cancers.

Les auditionnées remarquent que les HUG ont une prise en charge des enfants dans le cadre des chimiothérapies, des transfusions sanguines. Même si les parents supplient les médecins que l'enfant poursuive le traitement, mais que l'enfant refuse, il y a une prise en considération de l'enfant. N'étant pas vus comme une association, ils arrivent à travailler avec les parents et les enfants ensemble. Pour un enfant, c'est ce qu'il y a de plus rassurant. Pour l'instant, il semble que les HUG aient toujours réussi à concilier l'accord parental.

La commissaire PLR souhaite savoir si d'autres cantons ont inclus l'identité de genre dans les travaux liés à l'interdiction des thérapies de conversion. Le CP français et le PL vaudois l'ont aussi inclus. La motion votée par le Grand Conseil lors de la précédente législature prévoyait les deux.

Un commissaire UDC fait remarquer que le Conseil d'Etat sort « l'artillerie lourde » avec une sanction maximale de 100 000 francs d'amende. Le commissaire explique n'avoir jamais vu de traces concrètes de thérapies de conversion et demande au Conseil d'Etat des exemples. Par ailleurs, il critique la définition faite de l'orientation sexuelle et affective donnée en début d'audition et reproche au Conseil d'Etat d'obéir au « lobby LGBTIQ+ », en récitant un « catéchisme entendu dans ces lobbies » et relate qu'il espérait une autre vision de la part du Conseil d'Etat.

Sur la question des thérapies de conversion et du fait qu'il n'en a pas vu, Nathalie Fontanet souligne que Dieu n'est pas visible non plus. Elle demande si, à partir du moment que le commissaire UDC n'a pas vu de thérapie de conversion, il est la voix unique sur ce sujet, et que cela voudrait dire qu'elles n'existent pas.

Elle demande s'il a parlé à des associations ou des églises de son homosexualité. S'il l'a fait et qu'il ne lui a pas été proposé de thérapie de conversion, c'est qu'il n'a pas été assez convaincant. S'il n'est pas allé aussi loin, c'est qu'il n'a peut-être pas les bonnes adresses ni les bons lieux pour ces thérapies. Elle n'a pas rencontré ces milieux, elle en a entendu parler. Il n'y a rien dans les rapports de police, car ces thérapies de conversion ne sont pas punissables et pas reconnues comme un délit pénal. Pour sa part, elle ne répète pas béatement ce que certaines associations racontent. Elle n'est personnellement pas touchée par des proches dans une situation LGBTIQ+ et n'a pas d'expériences personnelles à raconter. Chacune peut vivre librement,

dans le respect de toutes et avoir le droit d'avoir un accès aux soins. Ce sont les droits humains qui la guident.

Elle n'est pas représentante d'une association quelconque en faveur des droits LGBTIQ+. Elle pense aux enfants, aux hommes, et aux femmes. A Genève, chacune doit pouvoir vivre sans être jugée avoir droit à des soins médicaux et surtout à une prise en charge qui corresponde.

Un commissaire S revient sur les mastectomies des filles de 10 à 12 ans. Ces affirmations ont été relayées par un médecin auditionné ici et qui n'a pas étayé ses sources. Elles provenaient potentiellement de l'OFS. Ils ont demandé ses sources et il n'a envoyé que sa lettre dont les sources paraissent étonnantes. En allant dans les actualités de l'OFS, un document publié en octobre 2023 a pour sujet les opérations de réassignation sexuelle en Suisse. Il ne fait aucunement mention de mastectomies sur des personnes aussi jeunes. Quant aux hospitalisations pour les opérations de réassignation sexuelle, la plus jeune catégorie commence à 15 ans. Ces mastectomies sur des personnes de 10 à 12 ans ne sont pas étayées.

Nathalie Fontanet entend qu'une personne qui subit une mastectomie est un acte extrêmement lourd et n'est pas un effet de mode. Une jeune qui souhaite se faire tatouer est un effet de mode, elle le fait pour ressembler à ses copines.

Un commissaire Ve rappelle qu'un précédent auditionné a indiqué avoir subi une thérapie de conversion, effectuée à l'étranger. Nathalie Fontanet souligne que le PL 13327 n'aura pas d'effets sur ce qui se passe à l'étranger, à part sur la promotion, par exemple en organisant des voyages à l'étranger pour faire subir ces « thérapies ». Cela peut concerner des parents.

Discussion interne

Après deux mois de traitement de ce sujet, la commission entame une première ronde de discussion portant sur le fond (et non juste sur la programmation des auditions). Toutefois, de nombreuses auditions sont encore prévues et plusieurs sources sont encore en attente de transmission par différentes personnes auditionnées.

Un commissaire MCG indique penser que si des pratiques sont discutables à Genève et qu'elles sont contraires aux pratiques de l'art médical, il existe des outils pour sanctionner les professionnelles de la santé qui commettraient des actes contraires à la déontologie médicale et aux règles de manière générale. Partant de là, affirmer qu'aucune intervention ne peut être pratiquée serait contraire au droit fédéral. Si les cantons mettent des entraves, il faut faire attention aux effets de bord. Seul une médecin peut attester que s'il n'y a pas

d'intervention avant 16 ans, il y aura un dommage irréversible. Il se demande si c'est au législateur de mettre la limite. Les médecins les ont appelés à légiférer pour se libérer de cette responsabilité. C'est elles qui ont cette responsabilité, car elles entretiennent la relation avec la patiente. Il faut faire attention à ne pas faire de « *légiférite aiguë* » qui partirait d'une bonne intention mais qui pourrait avoir des conséquences graves.

Une commissaire LC va dans la même direction en soulignant qu'il s'agit bien de leur difficulté dans ce dossier. Les médecins ne sont plus à même de pouvoir juger du bien-fondé d'une intervention et demanderaient au politique de prendre une décision.

Un commissaire S souligne aussi les propos du commissaire MCG selon lesquels certains médecins demandent de légiférer pour ne pas prendre de responsabilités, mais il voit cela différemment. Ceux qui pratiquent cet accompagnement sont les médecins des HUG. C'est un sujet sensible, ils se sentent sur la retenue d'effectuer ce type de suivi. Son impression est plutôt que ceux qui dénoncent cela sont d'autres médecins qui ont renoncé à pratiquer dans ce cadre et qui invitent à restreindre la pratique de ceux qui le font.

La commission discute ensuite de la demande d'audition d'une personne concernée, donc mineure. Celle-ci souhaite venir parler de son expérience, accompagnée de ses parents et de son médecin. Un consensus se forme sur l'intérêt de l'écouter, mais diverses craintes sont émises sur la manière de formuler les questions et qui doit parler lors de cette audition.

Deux semaines plus tard, le 30 novembre 2023, la commission fait à nouveau un point de situation, ayant reçu plusieurs documents. Ceux qui sont mentionnés dans les auditions et ceux qui apportent des précisions nécessaires sont joints en annexe du présent rapport.

Une commissaire PLR pointe la réception de la lettre des Drs Halpérin et de Heller donc la publication avait été refusée par le Swiss Medical Forum. Elle mentionne qu'en Scandinavie, un changement de position est en train d'intervenir et souhaiterait que la commission demande des précisions écrites au Dr De Haller et étudie la possibilité de contacter des médecins scandinaves. Un commissaire S rappelle que plusieurs informations dans ce cadre ont été instrumentalisées comme « fake news ».

Un autre commissaire S n'a certes pas d'opposition sur les auditions de médecin, mais rappelle que ce titre veut tout et rien dire dans le cadre de ce sujet. Ils ont eu un gastro-entérologue, un pédiatre qui n'a eu aucun cas et qui a juste suivi une formation continue de quelques jours ainsi que la direction médicale des HUG dont le chef de service qui s'occupe des patientes concernées. Il faut remettre les choses à leur échelle. La commission ne peut

pas considérer un pédiatre n'ayant jamais eu de cas à la même valeur que la direction médicale des HUG. Quant à chercher des informations auprès de médecins étrangers, ils vont se heurter au même problème, ils ne savent pas trop qui sont ces médecins. Quant à la lettre, si elle n'a pas été publiée dans une revue avec un comité de relecture, il faut en prendre acte. La direction médicale des HUG et les spécialistes de la question ont été prudents. Il faudrait encore auditionner le DSM pour connaître la pratique des cliniques privées et être sûrs que cela n'arrive pas. Il reste prudent sur la nécessité d'auditionner plus de médecins.

Un commissaire UDC estime qu'il faut repousser ce débat au moment où la commission aura auditionné tout le monde. Le problème qui les fait hésiter dans la commission est le principe de précaution et comment il s'articule : ne pas nuire, « quand on ne sait pas on n'agit pas », ou interrompre une puberté pour avoir moins de caractéristiques non désirées à devoir traiter en fin de course. Les auditions suggérées par la commissaire PLR permettraient d'être éclairé par des gens qui ont dix ans d'avance sur ce sujet et qui peuvent voir ce qu'il se passe par la suite.

Il est selon lui facile de se renseigner sur les médecins et sur ce qu'elles savent et ne savent pas. La commission légifère au début d'un phénomène, ce n'est pas parmi les médecins qui ne savent encore rien que la commission sera renseignée. Il pense que l'audition de la médecin cantonale, qui est une fonctionnaire qui ne sera pas tenue de dire ce qu'elle pense, est inutile et préférerait se concentrer sur des médecins qui ont la liberté de s'exprimer, soit parce qu'ils sont indépendants, ou étrangers. Il faut limiter le nombre de nouvelles auditions médicales à des gens capables de leur donner des réponses sur l'anticipation qu'ils ressentent.

Un commissaire S émet des doutes sur l'apport d'auditions à l'international alors que la commissaire LC abonde dans le sens du PLR et de l'UDC. Il faut aussi répondre à la question juridique de la possibilité cantonale de légiférer sur ce sujet du point de vue du droit fédéral supérieur.

Une commissaire PLR trouve intéressant d'avoir quelqu'un des pays nordiques. La commission a entendu que certains reviendraient en arrière, d'autres non, qu'ils ont des petits centres, des grands centres. La commission doit trouver quelqu'un qui ne fasse pas polémique et qui puisse expliquer ce qu'il se passe, qui ne soit pas orienté dans un sens ou dans l'autre. La droite élargie ne sait pas à qui se fier. Pour revenir à Genève, elle trouve dommage de tenter de discréditer des médecins qui ne sont pas spécialistes dans le domaine, elle les perçoit comme des lanceurs d'alerte. Le Dr Halpérin pensait qu'il fallait refuser les deux textes, il ne faut pas intervenir. La commissaire PLR voit une différence sensible entre l'affirmation des HUG qu'ils ne font

rien sans l'accord des parents et celle de Nathalie Fontanet que les HUG obtiennent toujours l'accord des parents.

La commission est toujours en attente de certains chiffres et, pour le PL 13327, le blocage est ainsi dû à l'élargissement à la question de l'identité de genre qui empêche de trouver une majorité. La commissaire PLR précédente affirme penser que la commission n'a pas la compétence d'interdire un traitement.

Une commissaire LC estime qu'il faut garder beaucoup de prudence par rapport à la bonne foi des parents qui veulent éviter une souffrance à leur enfant. C'est presque une question d'éthique de savoir comment mieux les aider, si c'est aujourd'hui ou vingt ans plus tard. C'est quelque chose de nouveau pour laquelle ils n'ont pas de recul et elle note donc que la commission n'aura pas des réponses absolues. Elle considère le principe de précaution comme étant fondamental. Les médecins ont déjà dit clairement qu'ils n'agissent pas sans accord parental.

Un commissaire S ne partage pas son point de vue sur le principe de précaution. La question est de savoir dans quel sens la précaution trouve son application. Il a été assez convaincu par les explications des HUG, la façon dont ils mettent en œuvre ce principe et comment ils sont conduits à prescrire les bloqueurs de puberté avec l'accord des parents. Il a l'impression que la commission envisage de légiférer sur des craintes de personnes extérieures à la problématique. Ils ont reçu des statistiques probantes sur le fait que le taux de regret est très faible et plutôt lié aux préjugés dont sont victimes les personnes trans qui décident d'aller de l'avant.

Aujourd'hui, l'homosexualité est relativement bien admise et il est admis qu'il est nécessaire d'interdire les thérapies de conversion. En revanche, s'agissant des transitions de genre, il y a encore des résistances dans la société. Si des gens ont des pratiques similaires à des thérapies de conversion, ce ne serait selon certaines pas si grave. Il n'est pas prêt à prendre ce risque aujourd'hui. Il ne veut pas différencier les thérapies concernant les transitions de genre et celles concernant l'orientation sexuelle.

Un commissaire UDC estime inconcevable dans une société libérale d'intimider des personnes par une amende de 100 000 francs en leur disant qu'ils risquent un peu moins. L'idée est d'avoir l'accord des parents, il ne sera pas compliqué de l'avoir avec la menace de cette sanction.

La représentante du Conseil d'Etat revient sur la sanction en affirmant que c'était l'idée de pouvoir avoir un impact sur les organisations et les réseaux de mouvement d'envergure. L'autorité administrative se chargera de l'instruction avec le SPMi et prendra en compte toutes les circonstances du cas, y compris

le cadre familial. Cette sanction maximale est là pour tenir compte de sociétés qui ont des ramifications dans les pays.

Un commissaire S rappelle que les montants maximaux ne sont pas des montants minimaux, une entrave minime à la réflexion ne serait pas punie de 100 000 francs. Il fait remarquer à la droite que, s'ils veulent supprimer le volet de l'identité de genre et laisser ces personnes être discriminées et marginalisées, ils ont une majorité pour, il doit donc y avoir autre chose qui bloque.

Un commissaire UDC dit penser que le sujet est grave et affirme avoir entendu parler de souffrances gravissimes, de regrets immenses, de chirurgies irréversibles. Il dit que c'est une « idéologie dans l'air du temps », car il ne savait rien sur la fluidité de genre il y a deux ans. C'est aujourd'hui devenu une espèce de tabou religieux et que certaines prétendent être renseignées sur ce dont il s'agit. Il voudrait décider d'un maximum d'auditions complémentaires et qu'ils fassent le débat après, pas avant.

Une commissaire PLR mentionne le cas d'un parent auditionné dans la réflexion, de bonne foi et qui s'inquiète pour son enfant et dont la fille a failli se faire retirer les seins à 16 ans et qui, aujourd'hui, à 25 ans, est heureuse en tant que femme. Les HUG disent ne pas agir sans l'accord des parents, mais ceux-ci sont menacés d'une amende et d'avoir le SPMi sur le dos. Elle ne souhaite pas criminaliser les parents qui émettent des inquiétudes quant à leur enfant. Le parent peut s'opposer à des tatouages, mais s'agissant d'une opération mutilante, la moindre protestation serait une entrave à l'épanouissement personnel. Si un médecin n'est pas convaincu par l'approche transaffirmative, il craindra de tomber sous le coup de la loi et réorientera vers des spécialistes qui sont tous dans le même moule. Ils se trouvent sur la question de la transition pour les moins de 18 ans.

Une commissaire LC note que les pratiques qui doivent se faire aujourd'hui, car elles sont nécessaires, les HUG les font. Elle ne voit donc pas d'urgence à voter ces projets de lois à ce stade. Il faut prendre le temps d'écouter. Pour tout ce qui touche à la sexualité, ils peuvent faire toutes les lois qu'ils veulent. Si des parents veulent infliger quelque chose à leurs enfants, ils le feront, à l'étranger s'il le faut. Elle ne pense pas que cette loi fera une grande différence.

Un commissaire S pense qu'ils peuvent avoir plusieurs analyses et défendre des points de vue différents. Le commissaire UDC veut par exemple instruire, mais ils peuvent avoir un point de vue différent sur la nature des questions qui restent ouvertes. En démocratie, cela revient au principe de la libre appréciation des preuves. Certains voudraient plus d'auditions et d'autres

estiment qu'ils n'ont pas besoin d'en savoir plus par appréciation anticipée des preuves. Il souligne que les personnes à droite souhaitent poursuivre les auditions, il peut citer de nombreuses fois où la droite ne voulait pas plus d'auditions et accusait la gauche de les multiplier, ils seront toujours opposés sur ces questions.

Le commissaire S revient sur l'idée que l'interdiction des thérapies de conversion puisse être utilisée contre des parents qui souhaitent un délai de réflexion, il se demande comment considérer que ce serait une thérapie de conversion. C'est selon lui un problème de rédaction. Il faut trouver une formule législative et rédiger de manière correcte pour que ces parents ne se sentent pas menacés de sanctions disproportionnées.

Le commissaire LJS soutient qu'il s'agit d'un sujet très important sur lequel les conséquences peuvent être graves.

Un commissaire S revient sur la pénalisation des parents et souligne que ce n'est pas l'ignorance qui serait punie, mais le fait d'entraver l'enfant une fois informé. Il entend que la formulation pose un problème et ils peuvent envisager de la modifier. Cela ne concerne pas les parents qui invitent leur enfant à réfléchir. Ils ont l'impression qu'en faisant une opération de réassignation ils mettent en danger la personne, mais ne rien faire les met dans la même situation. Laisser des parents complètement interdire la transition alors qu'ils ne sont pas formés sur le plan médical est aussi dangereux.

Audition de Emma[2], 12 ans, accompagnée de ses parents et du Dr XX, psychiatre

Emma se présente, elle a douze ans, elle a toujours voulu être une fille, ça n'a jamais vraiment été *cool* pour elle d'être un garçon. Elle a l'idée d'être une fille depuis qu'elle a trois ans. Elle a toujours préféré jouer avec des jouets de fille, se déguiser en princesse, faire des choses comme les filles. Ça a toujours été normal et pas différent pour elle, c'était presque une habitude. Elle ne s'est jamais posé de questions à ce sujet jusqu'à il y a environ 2 ans, elle a voulu changer pour devenir une fille. Elle a été suivie par plusieurs personnes à plusieurs endroits pour en discuter, dont le Dr XX pour qu'elle puisse se sentir à l'aise.

Ce n'était pas facile au début, car il n'y avait pas beaucoup de monde qui le savait. Dans son ancienne école, quelqu'un est venu pour l'annoncer sans dire son prénom. Ils ont pu en discuter et rapidement les élèves de sa classe étaient au courant. C'était dur au début, car ils ne comprenaient pas tous,

2 Prénom d'emprunt

certains lui posaient des questions qui la mettaient mal à l'aise parfois. Beaucoup de monde en rigolait, mais elle n'a jamais voulu redevenir un garçon.

La maman explique qu'elle est arrivée à l'école en tant que garçon. Pour donner suite à une discussion avec le Dr XX et le Refuge, ils ont expliqué qu'ils pouvaient discuter avec les élèves et les professeurs pour expliquer la situation d'Emma. Ils ont ensuite demandé à l'école de l'appeler Emma.

Emma explique qu'à l'époque, certains l'appelaient encore par son ancien prénom (*deadname*) parfois pour l'embêter. Beaucoup de gens se sont moqués.

Le papa ajoute qu'une fois la transition faite à l'école publique, elle a commencé à aller dans les toilettes des filles, à se nommer Emma puis à s'habiller comme une fille. C'était compliqué pour les enfants, ce qu'il comprend, car ils ont beaucoup d'interrogations. Emma a maintenant changé d'école, elle est en école privée, et cela se passe beaucoup mieux. Seules certaines personnes savent que c'était un garçon avant. Elle veut juste vivre une vie normale de petite fille sans être un animal de foire.

Emma explique qu'au début, elle ne voulait pas que cela se sache, elle avait peur qu'ils l'annoncent et d'être regardée, embêtée ou moquée. Certains l'ont fait, mais pas tout le monde.

Emma passe ensuite au début du processus médical. Elle explique que les médecins disaient que c'était courageux. Plus tard, les médecins disaient que si elle voulait prendre des bloqueurs de puberté, ce n'était pas permanent, c'était réversible. Si elle en voulait, il fallait qu'elle y réfléchisse et ce n'était pas une décision à prendre à la légère. Ils ont demandé si elle était sûre de faire ce choix. Les médecins lui ont dit que si elle voulait redevenir garçon, ce serait dur. Elle se souvient d'un entretien avec une autre psy que le Dr XX où la psy avait dit qu'il fallait inviter des garçons pour qu'Emma joue avec eux et que ça allait lui passer.

Emma explique que le Refuge lui a dit qu'ils pouvaient en parler et l'expliquer aux enfants de sa classe. Si elle l'expliquait elle-même, ça risquait de ne pas être compréhensible et clair. Si elle le souhaitait, la personne qui la suivait au Refuge pouvait venir la présenter et dire qu'elle se sentait fille, ce qui se révéla une bonne idée.

Sur le cheminement jusqu'au Dr XX, la maman explique que sa psy lui avait donné le nom d'une première psychologue. Elles sont allées la voir une fois, sans y retourner, car elle n'a pas compris la situation. C'est ensuite probablement le Refuge qui a aiguillé Emma chez le Dr XX.

La famille a trouvé le Refuge via des recherches car, comme l'explique le papa, depuis petite, Emma disait qu'elle était une fille et pas un garçon. Ils

voyaient bien qu'elle vivait un mal-être permanent, qu'elle se sentait différente et rejetée car elle ne jouait pas avec les garçons.

Le papa explique qu'ils ont vu le film « Petite fille » sur l'histoire d'une petite fille transgenre dont les mimiques ressemblaient beaucoup à celles d'Emma. Ils ont donc effectué des recherches.

La commission demande ensuite à Emma ce que signifie pour elle être « fille » ou « garçon ». Emma explique que pour elle, ça pouvait il y a quelques années être une vision plus enfantine où tout est rose, c'est vouloir des cheveux longs, aimer les poupées et les Barbie, tout ce qui était féérique. Désormais, elle comprend qu'une fille peut aimer les cheveux courts et les voitures. Toutefois, c'est également en rapport avec son corps.

Cela fait au moment de l'audition environ trois ans que les consultations chez le Dr XX ont commencé. A la question de savoir comment elle envisage la suite, respectivement ce qui lui est proposé, Emma répond que si elle voulait prendre des bloqueurs, cela lui bloquerait la puberté attendue de son genre assigné à la naissance et que la suite consisterait probablement à prendre des hormones pour faire en sorte qu'elle ait la puberté souhaitée.

Sur la réversibilité des bloqueurs de puberté, Emma semble avoir l'impression que cela n'était pas vraiment possible de revenir en arrière. La commission lui demande à partir de quel âge elle peut les prendre et Emma répond que c'est à partir de l'âge de la puberté, qu'elle ne sait toutefois définir.

La commission lui demande la même chose pour les hormones et Emma explique que c'est à partir de la fin des bloqueurs de puberté, et qu'il n'est pas vraiment possible de revenir en arrière, car les hormones font en sorte qu'elle ait la puberté souhaitée, c'est-à-dire celle d'une femme.

Emma complète en affirmant qu'elle y réfléchit beaucoup et qu'elle est consciente du caractère décisif. Ça fait longtemps qu'elle le souhaite, elle a fait son choix.

Le Dr XX ajoute qu'à 12 ans, elle est prépubère. Les questions sont abordées dans une temporalité qui correspond à son développement. Aujourd'hui, il est normal qu'elle ne soit pas encore au clair avec le traitement hormonal. Ils ne mettent pas la charrue avant les bœufs. Ils ne sont pas encore à cette étape-là de son développement.

Sur le sentiment d'être fille ou garçon, Emma indique à la commission qu'à 3 ans, elle a dit d'une voix ferme à ses parents qu'elle n'était pas un garçon mais une fille. Elle ne s'en souvient pas, mais se souvient de ses expressions et de sa façon d'agir. Cela se voyait qu'elle n'était pas vraiment un garçon.

Sur l'annonce par le Refuge à l'école, Emma affirme que la personne du Refuge qui la suivait s'est présentée et qu'ils ont commencé à faire des jeux, par exemple sur les insultes à ne pas dire. Ils sont ensuite arrivés à l'annonce qu'elle était une fille.

Emma pense que c'était un peu un poids en moins. Elle voulait que ça arrive, mais c'était long et dur, elle avait peur. Quand ça s'est terminé, elle était contente. Toutefois, elle a vu une modification du comportement des autres élèves. Certaines n'en parlaient pas forcément, ou venaient lui poser des questions pour se moquer d'elle, pour chercher la petite bête. Elle essayait de ne pas trop y répondre.

Un commissaire S demande comment elle voit la suite et l'avenir si elle commence à prendre des bloqueurs de puberté. Dans le cas où le PL 13324 est accepté, cela voudrait dire qu'elle ne pourrait plus avoir de médicaments avant ses 18 ans et qu'elle n'aurait donc pas accès à ces bloqueurs de puberté masculine.

Emma pense pouvoir parler sur ce point pour toutes les personnes transgenres. Elle voudrait que cela ne se voie pas, elle voudrait être vue comme étant de genre féminin. Les personnes transgenres veulent ressembler un maximum aux caractéristiques du genre qu'elles voudraient être. Elle serait « différente » et les autres auront eu leur puberté, certains lui poseront des questions. Les personnes concernées souhaitent un minimum de questions, que ça ne fasse pas polémique à l'école.

Emma ajoute que si elle ne prend pas les bloqueurs de puberté, elle aura la puberté masculine, la voix qui change, et elle n'aura jamais une voix féminine. Beaucoup de choses se remarqueront et seront très différentes des filles.

A une autre question de la commission, Emma ajoute qu'elle ne connaît pas d'autres personnes transgenres.

La commission demande ce qu'elle voit comme conséquence(s) si ce PL 13324 passe et pourquoi elle tenait à venir ici. Elle confirme que les conséquences seraient fortes, pour toutes les personnes comme elle. Sur les raisons de sa demande d'audition, Emma explique qu'elle voulait en toucher un mot et peut-être approfondir un peu plus le sujet, pour un peu mieux raconter.

La maman ajoute qu'elle pense que, de l'extérieur, les gens ne peuvent pas comprendre tant qu'ils n'ont pas un enfant comme ça. Ils ressentent ses souffrances depuis le début. S'ils n'avaient rien fait, elle ne serait pas comme cela aujourd'hui, elle serait déprimée et malheureuse. Ils essayent d'alléger ses souffrances pour qu'elle soit reconnue telle qu'elle aimerait. Si ces enfants font ça, c'est parce qu'ils sont en souffrance. Ce changement est vital pour eux. Il

faut les accompagner là-dedans, car s'ils ne le font pas, ce sont des enfants qui ne finiront pas bien.

Une commissaire PLR demande si la transition sociale a apaisé la douleur. La maman acquiesce. Avant, elle était renfermée, elle ne voulait rien faire, elle ne pouvait aller ni vers les garçons ni vers les filles, c'était compliqué. Elle était perdue entre deux mondes. Aujourd'hui elle a pris sa place, elle est bien dans sa peau.

La commissaire PLR interroge les parents sur une éventuelle proximité préalable à la transition des parents avec les milieux LGBT.

La maman affirme que non, c'est arrivé comme ça. Ils ont vu une première psy qui préconisait de ne rien faire et qu'elle n'aille pas habillée en fille à la crèche. Selon la psy, les enfants et les parents risquaient de ne pas comprendre et Emma pouvait subir des moqueries.

Le papa a toujours essayé de la dissuader, non pas par honte mais pour la protéger des autres. Ils ont voulu inviter des garçons, faire du foot, du basket, tout cela pour essayer de la préserver. Aujourd'hui, elle est métamorphosée, elle est pleine d'amies filles et garçons. La priver de bloqueurs de puberté pour qu'elle ait sa puberté masculine serait exactement ce qu'elle n'a jamais voulu. Elle veut juste vivre sa vie normalement comme une petite fille, sans embêter personne ni militer.

Un commissaire UDC demande qui a eu l'idée « d'amener Emma ici ».

Le papa affirme que ce n'est personne, c'est elle-même. Elle est sortie d'une séance avec le Dr XX qui a mentionné cette loi. Elle a tout de suite dit qu'elle voulait leur parler et expliquer que ce n'était pas bien. Ils ne l'ont pas influencée pour venir ici.

Un commissaire S demande au Dr XX quelles sont les informations données dans le processus par rapport aux bloqueurs et aux hormones. Il demande comment elles sont présentées à un enfant de l'âge d'Emma.

Le Dr XX explique suivre Emma depuis trois ans et qu'ils ont eu plus de soixante séances. Il y a eu d'autres étapes bien avant celles-ci, ils ont d'abord parcouru son enfance. Il précise qu'un enfant se développe avec des parents et que ces derniers sont donc impliqués. Un enfant ne se souvient pas de tous les détails, le témoignage familial est alors important pour les rappeler. Souvent, lors des suivis, ils se voient avec un parent. Emma a eu beaucoup de difficultés à s'intégrer à l'école, elle était rejetée par les garçons, car perçue comme un garçon bizarre, et rejetée par les filles, car perçue comme un garçon bizarre qui voulait s'intégrer avec les filles. Malgré l'intégration sociale avec son aide et celle du Refuge, ces rejets ont poussé à la changer d'école.

Il y avait beaucoup d'autres thématiques prioritaires à aborder avant les hormones qui sont une problématique abordée vers l'adolescence. Ça a déjà été abordé pour voir ce qui serait possible dans le futur. Ils ont aussi abordé la question de comment elle s'acceptait en tant que petite fille. Ça a été un accompagnement pour qu'elle s'épanouisse. La question des traitements médicaux ne vient pas à ce moment-là. Ils ont d'abord rendez-vous avec une endocrinologue qui a eu un premier contact quand elle était prépubère. Ils ont eu les informations concernant les bloqueurs, il a été clair que c'était son souhait. Quand la puberté va démarrer, le travail plus poussé des informations va démarrer, ils parleront des questions de fertilité. Emma est encore en amont, car elle est prépubère, mais ils savent que cela va arriver dans maximum trois ans et qu'elle approche de l'étape. Pour l'instant, il n'en a pas été question.

Une commissaire PLR demande pourquoi elle a été mise en école privée et pas publique. La maman explique que l'école privée est une plus petite structure. Emma avait besoin de plus de sécurité. Si quelqu'un parlait d'elle, qu'il y avait trop de questions, cela pouvait tout de suite être pris en considération. Il n'y avait pas cette sécurité à l'école publique. Emma affirme que dans son ancienne école, il y avait beaucoup de monde qui parlait d'elle.

Dr XX souligne que les parents n'étaient pas tout de suite d'accord sur le changement d'école. L'idée était de pouvoir démarrer sur une page blanche. Elle avait tout un historique de difficultés d'intégration. Au fil des réunions avec l'école, ils ont senti une accumulation de choses. Son enseignante s'était donné beaucoup de peine, mais elle était peut-être trop sensible sur la question. C'était une école où elle était attendue positivement.

Un commissaire Ve demande un développement sur la différence au niveau du bien-être et du vécu depuis la transition sociale et le changement d'école.

Le Dr XX se souvient de la séance après la transition sociale, mais avant le changement de prénom. Ils se sont revus après la période des vacances. C'était une autre personne, elle était rayonnante. Il y a toujours des difficultés et des soucis, mais il y a eu un épanouissement. Au début, ils ont envisagé la perruque, mais Emma voulait ses vrais cheveux. Aujourd'hui, elle a une maturité différente, elle peut dire qu'il est possible d'être une femme avec les cheveux courts. A neuf ans, elle n'appréhendait pas ce qu'est être une femme dans la société alors qu'elle se l'approprie désormais. Emma explique qu'elle attendait d'avoir les cheveux longs et que maintenant elle les a.

Discussion interne

Après la sortie des auditionnées, un commissaire PLR dit sa surprise sur le rôle du DIP. Un changement d'école lui semble évident pour ne pas perturber

l'organisation scolaire de l'établissement. Une commissaire PLR lui fait remarquer que cela veut dire d'office lui enlever toutes ses amies, ce qu'un commissaire S trouve en effet délicat. Un autre commissaire S relève que cela semble un mal nécessaire en 2023, mais que ce n'est de loin pas un idéal à atteindre de devoir changer d'école concernant un problème pour lequel elle n'est pas responsable.

Une commissaire LC pense que la problématique de changement d'école dépasse la problématique des élèves transgenres. Il peut y avoir des questions de harcèlement qui poussent, à raison, les parents à aller ailleurs. Quelquefois, ils ne peuvent résoudre le problème, quel qu'il soit, en restant dans la même ambiance.

Une commissaire PLR indique avoir trouvé l'audition intéressante. La commission a eu l'exemple du cas qui existe, mais qui lui amène le moins de préoccupations. Elle n'a pas vraiment d'inquiétude pour ce qu'il va se passer pour « un petit garçon qui souhaite depuis tout petit être une fille ». Son entourage essaye ici de lui donner toutes les cartes pour son avenir en sachant qu'elle est encore dans la partie la plus simple avant la puberté. Dans les années à venir, ce sera plus difficile de masquer les différences avec une femme cisgenre et les médicaments aideront à diminuer l'écart. Pour la problématique des projets de lois, ce n'est pas le cas qui l'inquiète le plus. Ce serait plutôt le cas des ados qui n'ont rien dit jusqu'à 13-15 ans et où il est plus difficile de savoir si elles ont vraiment une dysphorie de genre ou simplement des soucis ordinaires de l'adolescence. Dans ce cas, elle craint les conséquences en cas de mauvaise direction.

Un commissaire S estime que l'audition du jour a parfaitement illustré le côté néfaste du PL 13324. Il est extrêmement problématique pour des cas très clairs comme celui-ci. Cela voudrait dire que Emma, jusqu'en 2029, serait juste invitée à jouer aux voitures avec des garçons et à avoir un accompagnement psychologique, sans rien faire d'autre.

Une commissaire LC rejoint ces points de vue et estime que, de manière plus libérale, la loi ne résout pas tout et c'est le bon sens qui prévaut. Aujourd'hui, ce qui peut être fait est fait. En l'occurrence, Emma a un accompagnement qui paraît raisonnable et la commission ne connaîtra jamais les autres problèmes. Elle se méfie de cette volonté d'intrusion, il faut parvenir à résoudre les situations avec les parents et les accompagnements. Il faut laisser les choses telles qu'elles sont aujourd'hui. Elle veut laisser les choses se faire avec bon sens.

Un commissaire UDC embraye en disant qu'une société n'est pas grande par ses interdictions mais par ses libertés. Le PL 13327 est selon lui presque

pire, car il interdit de penser. L'audition d'aujourd'hui a été rassurante, car la transition sociale est réversible. Ce que le PL 13324 interdit n'est pas la transition sociale, mais la prise de médicaments pendant la minorité, avec des conséquences irréversibles. Une transition sociale et un changement d'école ne laissent pas vraiment de traces. C'est le processus qui l'a frappé, car avoir du mal avec son corps qui change, se questionner sur son identité, c'est l'adolescence. Le besoin d'acceptation, la crainte de ne pas être accepté, de ne pas comprendre son corps, c'est normal. Le moyen d'en guérir n'est pas le bistouri ou les hormones, c'est de devenir adulte. La société devrait plutôt structurer les jeunes pour les aider à devenir adultes plutôt que leur proposer une page vierge.

Pour le commissaire UDC, si quelqu'un effectue sa transition sociale avec un accompagnement bienveillant, il rentre dans un engrenage. La première étape sera les bloqueurs, pour lesquels il est dur de revenir en arrière, puis les hormones, et enfin le bistouri. En partant avec une acceptation de soi grâce à la transition sociale et en étant entourée comme cette jeune personne, il est dur de s'arrêter. Ils peuvent se poser des questions sur l'effet de l'entraînement à un moment si précoce, car une étape en apporte une autre. Le commissaire dit avoir beaucoup appris de cette audition et il en est content.

Un commissaire Ve se dit persuadé que personne autour de cette table ne désire voir des gens influencés par les parents ou par des associations dans leur décision de faire une transition et qu'ils se rendent compte à vingt ans que ce n'est pas ce qu'ils voulaient. Il ne connaît qu'un seul cas de ce type qui s'est déroulé il y a trente ans. Personne, et surtout pas un médecin, ne cautionnerait un tel parcours avec une personne qui finalement se suiciderait en raison de sa transition. Il y a aussi des personnes qui tenteraient de se suicider si elles n'effectuaient pas cette transition. Tout le monde ici est bien intentionné et souhaite éviter des choses irréversibles, il ne pense pas que cette loi soit la solution pour cela.

Un commissaire LJS dit avoir apprécié cette audition, même si, au début, il trouvait bizarre d'auditionner une mineure. Ce genre de cas n'est effectivement pas ceux qui posent un souci. Sur la question de l'intégration à l'école, ça peut effectivement poser des questions. Il peut y avoir du harcèlement, mais ce n'est pas un cas isolé et d'autres choses peuvent aussi pousser au suicide.

Une commissaire PLR demande au commissaire UDC quelle serait la solution qu'il envisagerait pour Emma. Elle a compris qu'il souhaite des adultes responsables. Là, ils ont vu une transition sociale, mais, comme il l'a dit, le processus arrive à grands pas sur des bloqueurs puis des hormones. Si

cela ne se fait pas, ça va casser la transition sociale. Emma avec une barbe serait beaucoup moins Emma. Elle veut savoir ce que cela implique pour lui.

Ce dernier répond qu'il n'a pas de baguette magique pour sauver Emma de son « inconfort » de ne pas s'identifier aux garçons depuis toute petite. Il rappelle l'effet d'enchaînement. Puisque c'est encore réversible, ce n'est pas encore le sujet qui les intéresse. Il se demande ce que doit faire la société : soit structurer les choses et dire ce qui est juste, ce qui n'est pas juste, donner une place à chacun et produire un certain nombre de névrosés. Dans le cas contraire, elle produit l'inverse et fabrique des caractériels. Ils sont actuellement dans la phase des caractériels. Le monde peut choisir l'un ou l'autre.

Le monde adulte aura forcément un impact sur le monde enfant et adolescent et il est difficile de savoir lequel est le moins pire. Quoi qu'ils fassent, ils ne permettent pas un épanouissement qui irait naturellement vers le bien. En évoquant sa jeunesse, le commissaire UDC décrit une époque où le message officiel était qu'il n'y avait pas de vérité, aujourd'hui, il pense que la vérité est transgenre. Chacune avait une page blanche devant elle et devait se construire seule. L'école et la société devaient accompagner cela et ne surtout pas interférer, l'enfant était au centre.

Brusquement, une idéologie est tombée du ciel dont le dogme est celui de la fluidité du genre. Toutes sortes de croyances sont devenues très lourdes, qui ne sont pas de l'ordre de la science. La société propose un discours moral. Le politique, législateur, est embarqué là-dedans et doit faire de cette morale un discours politique avec des sanctions. Le Parlement s'érige en prophète et menacerait de sanctions pénales quiconque serait en désaccord avec l'air du temps. Il est réticent à l'ensemble. Le commissaire UDC pense qu'il serait mieux d'enterrer les deux PL. Il faut renvoyer dos à dos ces deux excès et ne pas compromettre le Parlement avec des questions qui devraient rester de l'ordre de la liberté et du choix personnel.

Un commissaire S est d'accord sur l'idée qu'il faille rejeter le PL 13324. Cependant, sur l'autre, il y a déjà eu une motion sur l'autre. Sur une ligne de protection de la liberté, il faut justement interdire ces thérapies, car il s'agit d'atteintes à la liberté et du libre choix des personnes. S'agissant des précautions à prendre au niveau de la rédaction afin que les parents ne soient pas inquiétés pour avoir voulu une discussion, il n'y voit pas de souci. Quant à la situation d'Emma, il remarque que le commissaire UDC n'a esquissé aucune ébauche de solution à l'interpellation de la commissaire PLR. Il retient un sentiment partagé dans cette commission : c'est une situation typique où il y aurait un bénéfice clair de permettre un traitement avec des bloqueurs. Si, au contraire, ce n'était pas fait, il y aurait création d'une situation de mal-être qui

n'aurait pas lieu si le législateur laissait prendre les traitements. Il n'y a pas de choc entre deux visions normatives. Ici ce n'est pas normatif, le ressenti profond de la personne est pris en compte lorsqu'il est exprimé avec constance, sans contrainte pour cette personne de devoir vivre une réalité qui est contraire à son ressenti profond. Il relève encore la problématique à clarifier de la conformité au droit supérieur.

L'autre commissaire S se dit rassuré de voir que le commissaire UDC ne soutenait pas à ce stade le projet de loi de son parti. Ils ont beaucoup parlé des sanctions du PL 13327 alors que le projet qui veut réellement mettre des sanctions aux professionnelles, c'est le PL 13324. Sur la base de l'argumentaire développé à ce titre, il faut le rejeter, c'est une raison parmi tant d'autres.

Par rapport au PL 13327, il semble à ce commissaire socialiste que c'est le cas typique pour lequel enlever le volet identité de genre au projet poserait un vrai problème. Ces parents vont mettre leurs enfants dans une position inconfortable. C'est ce genre de cas qui serait problématique. Il est important de ne pas le retirer, quitte à l'adapter. En affirmant qu'il s'agit simplement des questionnements de l'adolescence et que la seule solution c'est de devenir adulte, c'est comme de dire qu'il est normal d'avoir des soucis de santé en devenant âgé et rétorquer que ce n'est que l'âge et qu'il ne faudrait rien faire.

Il informe la commission qu'il a échangé des e-mails avec l'OFS, suite aux cas de mastectomie sur des personnes mineures. En 2022, il y a eu 24 mastectomies sur des mineures en provenance de 11 cantons (AG, BE, BL, GE, LU, NE, SH, SO, VD, VS, ZH). L'OFS n'a pas communiqué l'âge des personnes, mais elles ont en tout cas 15 ans et plus. La commission a posé la question aux HUG par rapport aux chirurgies génitales, peut-être que les mastectomies sont considérées à part. Ces opérations se sont concentrées dans cinq hôpitaux en Suisse en particulier. L'OFS ne souhaite pas en dire plus pour des raisons de secret médical. La représentante du département Perrine Duteil affirme que les HUG ne pratiquent pas de torsoplastie chez les mineures.

La commissaire PLR en déduit qu'il y a quelque chose qui se passe à Genève, canton concerné selon l'OFS, mais que ce n'est pas aux HUG, selon les informations du département. Il lui est important de trouver où cela se déroule.

Un commissaire PLR affirme que le rôle de l'Etat n'est pas de se mêler de la vie de famille mais de protéger les enfants. Il comprend ainsi le commissaire UDC, car il pense qu'il y a dix ans « l'histoire » de l'auditionnée aurait été balayée en quelques secondes alors qu'aujourd'hui la commission se pose la question. Pour lui, c'est devenu un *business* de changer de genre. C'est peut-

être aussi le rôle de l'Etat de rendre attentif au fait que ce soit irréversible. Sur une « Emma », il faut se demander combien de parents seraient contents de pouvoir changer le sexe de leur enfant s'ils désirent un enfant du sexe opposé.

Une commissaire PLR affirme en prenant en exemple le cas d'Emma que si elle avait des parents « non ouverts », le système juridique permettrait déjà d'intervenir rapidement avec l'étiquette de parent maltraitant. Cela ouvre la porte au SPMi et la possibilité qu'une juge intervienne. L'enfant est déjà protégé sans le PL 13327. Ainsi, si l'Etat juge que l'évolution de l'enfant est mise en danger par ses parents, il y a déjà la possibilité d'agir sans menacer de 100 000 francs d'amende. Perrine Duteil ajoute que ce PL 13327 vise aussi à informer les personnes de leurs droits. Peut-être qu'une « Emma » ne saurait pas qu'interdire tout accès à un traitement n'est pas toléré. Il faut aussi pouvoir en parler et la protéger. La commissaire PLR n'est pas convaincue par cela, car elle doute qu'une fille de 12 ans aille lire les textes légaux.

Un commissaire S s'interroge sur le champ réel d'action du SPMi dans ce cadre et rétorque au commissaire PLR que les transitions de genre ne sont pas un *business*. A ce titre, cela fait plusieurs mois que la commission mène ses travaux et il affirme au député suppléant qu'il n'y a pas d'inquiétude à avoir là-dessus. Il est hors sujet.

Un autre commissaire S pense que personne n'est encouragé, qu'une transition sociale est quand même difficile et ce processus n'est pas fait à la légère. Il souligne avoir une certaine pratique du domaine de la protection des mineurs. Si l'on compte uniquement sur un tel système, de grandes souffrances sont à prévoir. Le SPMi, c'est « l'arme atomique » et compter dessus pour résoudre ce type de situation est dommageable pour les enfants. Le PL 13327 est plus large que cela, il ne vise pas en premier lieu les parents. Il touche les dérives sectaires sur des thérapies qui n'en sont pas. Ce ne sont pas les parents qui sont visés. Si certains parents sont vraiment maltraitants, il ne pense pas qu'il faille attendre l'intervention du SPMi. Ils ont déjà vu ici que ce sont des gens qui font un travail difficile, le commissaire estime qu'il ne faut pas leur rajouter du travail.

Un commissaire socialiste souhaiterait un avis juridique sur la possibilité d'interdire certains soins au niveau cantonal. Il propose d'interpeller la faculté de droit de l'UNIGE. Une commissaire PLR pense que ce n'est pas nécessaire, car il lui semble évident que le Grand Conseil n'en a pas la compétence et qu'il ne semble pas y avoir de majorité qui souhaite inscrire quelque chose dans la loi. Elle pense qu'il faut surtout déterminer où se passent les opérations qui semblent se dérouler sur des mineurs. Tant que l'hypothèse de l'apprentie sorcière ne peut être écartée, elle estime qu'il faut chercher. Elle souhaite avoir la conviction que tout va bien, sans toutefois légiférer.

Un commissaire UDC a eu vent que des médecins prescrivent des mastectomies à des mineures. Généralement, la médecin du cycle recommande une psychiatre si elle a affaire à ce genre de troubles. S'agissant de la testostérone administrée aux filles ou femmes, il rappelle qu'il s'agit de prescriptions « off label », car les fabricants de ces produits se gardent bien de les indiquer dans ce cas. Pour savoir qui exécute la prescription, il y a encore une question de contrôle des médecins. Ils peuvent interroger la médecin cantonale, mais elle n'est informée que des plaintes.

Le commissaire UDC pense, par rapport à la conformité au droit supérieur, que le législateur peut réfléchir par lui-même et n'a pas à recevoir des ordres pour éviter de devoir débattre sur cette question. Il est d'accord qu'il ne faut pas compter sur le SPMi pour s'occuper de tout cela. La commission envisage de légiférer sur des thérapies de conversion alors qu'il ne voit pas le début de la moindre preuve qu'elles existent dans le canton. C'est pour lui un fantasme tant qu'il n'aura pas eu la preuve qu'elles existent.

Un commissaire S soutient que ces thérapies existent. Il rappelle également que la commission a reçu des explications claires sur le *off label*, qui est quelque chose de médicalement maitrisé et courant. Le PL 13324 attaque les droits fondamentaux des personnes transgenres. Il faut une réponse centrée sur les droits humains et non juridique par rapport à la conformité au droit supérieur, ce d'autant plus que la réponse semble être claire.

Audition de la Dre Nelly Pitteloud, endocrinologue au CHUV (par visioconférence)

La Dre Nelly Pitteloud précise qu'elle est médecin pour adulte et non pas pédiatre. Elle est spécialisée dans les troubles de différenciation sexuelle, de la puberté et s'occupe du côté endocrinien de la consultation des personnes transgenres. Elle a été la cheffe académique de l'endocrinologie pédiatrique et a pu discuter de l'indication de débuter tôt le traitement chez ces jeunes.

L'auditionnée relate la constatation d'une augmentation progressive des cas depuis 2018-2019 et d'une augmentation exponentielle depuis deux ans. En 2018, le CHUV avait quatre nouveaux cas de personnes transgenres alors qu'en 2023 il y en avait soixante. La teneur scientifique des traitements proposés repose sur des études longitudinales de centres spécialisés. La médecine n'est toutefois pas une science exacte. La base est constituée d'études randomisées : le traitement est donné à un groupe et pas à un autre. En l'espace de cinq ans, elle est étonnée qu'il n'y ait aucune étude randomisée qui ait été menée en Europe ou aux Etats-Unis. Cela pose un problème.

Lors de la puberté, les hormones sexuelles augmentent, les œstrogènes chez les filles et la testostérone chez les garçons. Cela joue un rôle majeur dans le façonnement de l'identité du genre. La Dre Nelly Pitteloud traite des adolescentes dont le passage à travers la puberté ne se fait pas spontanément. Ces personnes viennent à elle avec une anomalie pubertaire, car elles ne vivent pas les changements hormonaux et physiques de la puberté. Ces jeunes personnes souffrent de problèmes d'identité de genre et de confiance en elles.

Concernant les bloqueurs de puberté, ce traitement est donné depuis des années pour les problèmes de puberté précoce. Ce médicament est très utile, car il permet d'éviter la croissance de la poitrine chez des filles de 4 à 7 ans. Le donner à des jeunes qui viennent tout juste de débuter leur puberté va causer des effets sur l'identité de genre qui ne pourra pas se mettre en place. C'est aussi entre 12 et 16 ans qu'intervient le plus grand gain de masse osseuse. Les études montrent qu'en bloquant la puberté à ce moment-là, pendant trois à quatre ans, les adolescents présentent une densité osseuse bien diminuée. Même en arrêtant les bloqueurs, la masse osseuse n'est pas récupérée dans les deux ans qui suivent.

Un papier a été publié dans *Science* qui explique qu'en employant des agonistes de la GNRH chez la souris, une diminution des capacités cognitives est constatée. Cela n'a pas du tout été étudié chez l'humain. L'auditionnée entend bien trop souvent des psychologues et psychiatres affirmer que les bloqueurs de puberté et l'hormonothérapie sont réversibles. Ce n'est pas entièrement vrai. En donnant de la testostérone à une jeune de 13 ans, sa voix va baisser, elle aura un changement d'ossature et ce n'est pas réversible. La société doit le savoir.

La Dre Nelly Pitteloud explique qu'il y a aujourd'hui une sorte de contagion pour ce « genre de choses ». Le CHUV traite des personnes transgenres depuis longtemps et ont établi des statistiques pour savoir combien d'entre elles ont arrêté, combien sont contentes, et combien restent insatisfaites, voire sans effets. Sur un panel de 130 individus, 20% ont arrêté l'hormonothérapie dans les deux ans. Sur les 80% restants, des adultes de 18 à 60 ans, 40% d'entre elles n'avaient plus de dysphorie de genre et en sont très satisfaites car, une fois traitées, cela se passe bien. Un autre groupe de 40% n'a pas vu d'amélioration de ce mal-être. C'est dans ces cas-là que les médecins se demandent si c'est un mal-être lié à leur adolescence ou lié à une dysphorie de genre qui s'améliorera avec une hormonothérapie.

Le corps médical aimerait savoir quels sont les facteurs prédictifs chez les personnes pour qui le traitement a bien fonctionné. Actuellement, ces réponses-là ne sont pas disponibles avec les psychiatres chez les adultes et jeunes adultes. Pour les mineurs, un flou vraiment important est constaté. Son

message, lorsqu'elle était cheffe d'endocrinologie, c'était de faire attention. Le souhait était de commencer des études sur ces jeunes en restant conscients de ne pas disposer de suffisamment d'informations et qu'il s'agit de choses irréversibles.

Un commissaire S demande si, dans la part qui ressent toujours un mal-être, celui-ci est, selon elle, lié à la dysphorie de genre ou aux discriminations. La Dre Nelly Pitteloud explique que les femmes transgenres ont souvent de la difficulté avant la thérapie à assimiler qu'en donnant un inhibiteur de testostérone et en donnant des œstrogènes, ces personnes auront un développement des seins, mais ne seront jamais une « femme à part entière ». La nouvelle génération ne veut plus de chirurgie. Elles auront donc un corps qui est un petit peu plus féminin, mais elles ne seront, selon la doctoresse, pas des femmes. C'est la même chose dans l'autre sens, elle dit insister sur ce point avant de commencer l'hormonothérapie.

La fertilité peut être perdue à moins de faire des traitements de préservation de la fertilité. Ainsi, pour les personnes qui ne sont pas satisfaites des traitements, c'est sûrement un mélange. Elle mentionne le cas d'adultes pour lesquels tant la psychiatre qu'elle-même étaient sûres que le traitement se déroulerait bien et qu'ils n'auraient plus de dysphorie. Elle mentionne un patient (homme transgenre, transition femme->homme) qui est déçu d'avoir perdu sa voix féminine et c'est irréversible. Il est compliqué pour les personnes qui veulent cette transition de comprendre ce qu'il va se passer.

Un commissaire S dit que, selon sa compréhension, la transition pourra avoir de bien meilleurs résultats si l'on part d'avant la réalisation d'une puberté complète. La Dre Nelly Pitteloud se demande qui sont aujourd'hui les gens qui ont réellement une dysphorie de genre et qui seront contents du traitement hormonal ou chirurgical. Effectivement, il est possible de se dire que prendre le traitement tôt serait bénéfique, mais la puberté elle-même induit des changements dans l'identité de genre rendant ainsi complexe de savoir à qui cela va bénéficier.

Un commissaire Ve souhaiterait recevoir l'étude sur les 130 patientes. La Dre Nelly Pitteloud explique qu'il s'agit d'une étude réalisée dans le cadre de leur expertise clinique et qu'elle n'a pas été publiée. Cette étude n'est pas prospective et aucune question n'a été posée aux patientes (laissant ouverte la manière d'évaluer la satisfaction…). Elle souhaite réaliser une étude moins fragile avec le Prof. Stiefel, psychiatre. Elle dit être étonnée qu'en 2023 aucune étude randomisée n'ait encore été effectuée et pointe le manque d'études qui les aident. Le commissaire Ve souhaite au moins avoir un document écrit, avec des chiffres, ce que la Dre Nelly Pitteloud décline.

Un commissaire UDC pointe le renversement de tendance du nombre de jeunes filles voulant transitionner. Il demande si elle a des explications et d'où cela vient. Il s'enquiert des risques quant aux médicaments, dont le Nebido (testostérone), qui n'ont pas d'indications pour l'administration à des personnes de sexe féminin. Selon lui, ce sont des administrations *off label* avec des risques pour une personne jeune de sexe féminin pouvant découler de la prise de testostérone.

La Dre Nelly Pitteloud affirme percevoir tout à fait la diversité de genre. La société actuelle devrait avoir plus de fluidité du genre et ne pas voir de problème si une jeune adolescente veut apparaître comme un garçon. Dans sa pratique, ce sont des adolescentes qui consultent à partir de 17-18 ans. Parmi les personnes qui demandent une transition, un certain nombre vient des campagnes, avec des parents dans l'agriculture. Elle se demande si la commission, en tant que politiciennes, ne devrait pas plutôt insister sur la fluidité du genre. Il peut y avoir des moments où notre identité de genre change alors que la société se fixe sur le binaire. Une éducation un peu plus fluide aiderait à apaiser cette augmentation exponentielle.

Les hommes transgenres (femme->homme) ont un résultat plus favorable par rapport à leur physionomie. Il est possible pour une « femme » que le traitement androgène soit très efficace, alors que l'inverse est plus compliqué, car la testostérone a mis ses marques au niveau de la voix et de la corpulence. Vu le nombre de personnes transgenres, elle regrette qu'il n'y ait pas d'études randomisées sur les types de traitements et des *out come*. Le Nebido est un traitement androgène administré par injection tous les 3 à 5 mois. Les hommes qui en ont besoin présentent un risque d'AVC et d'embolie, car la testostérone stimule l'érythropoïétine qui augmente le nombre de globules rouges. Cela doit se faire sous contrôle médical.

Une commissaire PLR souhaiterait savoir combien d'années seraient nécessaires afin d'avoir plus de certitude, selon l'expertise scientifique. Selon leurs protocoles et leur méthodologie, elle demande s'il existe un consensus dans le monde médical en Suisse et au niveau mondial, même si elle est consciente que rien n'est sûr dans la science.

La Dre Nelly Pitteloud explique que l'augmentation exponentielle des cas en Suisse date du Covid. D'ici cinq à dix ans, elle estime que nous aurons du recul. Il est difficile de dire quand il sera possible d'en tirer une pratique plus claire. A ce jour, il y a un manque d'arguments scientifiques. Des *guidelines* sont à disposition, mais en parlant de bloqueurs, d'hormonothérapie, ou de chirurgie, il y a toujours des lacunes quant aux preuves scientifiques, ce qui empêche d'avancer sereinement.

L'auditionnée précise n'être pas contre les hormonothérapies ni les traitements liés à la question et être contente quand ils marchent. Cependant, chez l'adulte, la médecine est loin d'avoir trouvé quel facteur permettra de dire quelle est la personne qui va réagir ou pas. Dans la population adulte, 70% des gens qui consultent pour une hormonothérapie ont des pathologies psychiatriques sous-jacentes, ce qui n'est pas mis en avant dans le public. Il faut se demander si avoir une dysphorie induit une dépression, ou si avoir une dépression et un mal-être mène à rechercher une solution dans le fait de devenir un homme. Parmi les gens qui viennent les voir, rares sont celles qui sont bien dans leur peau.

Une commissaire PLR demande s'il semble opportun d'interdire toute prise de traitement, tant les bloqueurs que les hormones, avant 18 ans, mais hors traitement psychiatrique. La Dre Nelly Pitteloud pense que ce n'est pas à elle de répondre et que c'est à la commission de se décider. La commissaire PLR lui demande si elle peut envisager de prescrire des bloqueurs de puberté à une personne mineure pour une dysphorie de genre. La Dre Nelly Pitteloud botte en touche en affirmant ne pas être pédiatre. Lorsqu'elle avait un pied en endocrinologie pédiatrique, elle n'était pas pour ces traitements chez les mineurs, du moins pas avant 16-17 ans. Son point de vue est vu comme éculé, car elle n'a pas les idées d'aujourd'hui. Elle pratique depuis trente ans et est peut-être moins flexible. La société change peut-être plus vite qu'elle.

Un commissaire UDC comprend qu'elle ne veuille pas se prononcer sur l'interdiction. Il propose l'idée d'un moratoire afin de pallier au manque de recul. Dans le doute, il ne faut pas nuire, il propose de s'arrêter tant qu'on n'en sait pas plus.

La Dre Nelly Pitteloud estime que, si elle était endocrinologue-pédiatre, elle ouvrirait une étude randomisée sur la question pendant cinq ans avec des spécialistes européennes. A ce moment-là, une réponse assez claire serait donnée. En Suisse, il y a eu des suicides de jeunes ayant eu une hormonothérapie. Elle n'est toutefois pas en train de dire qu'il ne faut pas le faire. D'un point de vue scientifique, les données actuelles ne sont pas suffisamment solides. Elle ne se prononcera pas sur l'article de loi.

Une commissaire LC entend que l'auditionnée ne veuille pas se prononcer sur une interdiction avant 18 ans. Elle demande toutefois si elle estime que la législation actuelle est suffisante pour permettre une interdiction lorsqu'elle est nécessaire et souhaite savoir pourquoi il n'y a pas d'études qui sont lancées. Elle demande enfin si elle connaît les cliniques pratiquant des mastectomies sur des mineures.

La Dre Nelly Pitteloud explique que des études longitudinales sur le bien-être des individus transgenres sont publiées. Les résultats n'ont pas été les mêmes au CHUV mais l'ébauche d'étude susmentionnée n'a pas été menée de la même façon. Le CHUV s'est interrogé lorsque quatre jeunes de 18-19 ans ont arrêté l'hormonothérapie après une année. Les médecins ne savent pas quelles en sont les conséquences, du moins elles savent qu'elles ne sont pas entièrement réversibles au niveau de leur fertilité. Toutefois, la consultation existe, car des individus ont besoin de l'hormonothérapie. Par rapport aux recherches, elle mène beaucoup de recherches mais pas dans le « domaine transgenre » et ne souhaite pas le faire.

Elle explique que le domaine est pris par des activistes qui sont extrêmes et que cela nuit à la bonne conduite de cette pathologie. Elle mentionne une de ses patientes qui souhaite « devenir une femme », il veut le traitement pour avoir plus de hanches. Elle lui a expliqué qu'il ne peut pas suivre une hormonothérapie car il est obèse, tabagique et présente une hypertension. Le risque d'accident métabolique est important et il faut en rediscuter avec sa psychiatre, d'autant plus qu'il souffre d'une sévère dépression. Sa référente-psychiatre l'a appelée et l'a traitée de « putain dans son domaine ». Il y a des activistes qui sont un peu fous.

Une commissaire LC relance l'auditionnée sur la suffisance ou non de l'arsenal législatif, cette dernière redit ne pas souhaiter s'exprimer sur ce point. Elle revient sur le refus de publication dans le Swiss Medical Forum essuyé par le Dr Halpérin et le Dr de Haller en estimant que cela ne va pas. Elle n'a pas connaissance de cliniques pratiquant des mastectomies sur mineures pour des dysphories de genre.

Après le départ de l'auditionnée, un commissaire S se dit déçu, car elle est endocrinologue non spécialisée dans les mineurs. C'est à nouveau une représentante du corps médical qui n'a pas directement de cas et qui donne un avis médical sans être concernée directement.

Audition de Pierre Maudet, conseiller d'Etat chargé du DSM, Perrine Duteil, responsable juridique départementale au DSM, et Redouane SAADI, secrétaire général adjoint au DIN

Le conseiller d'Etat Pierre Maudet explique que c'est son prédécesseur Mauro Poggia qui a déposé le PL 13327 lors de la précédente législature. Ainsi, le nouveau Conseil d'Etat a décidé de le soutenir, à son tour, pour maintenir une continuité. Il rappelle que la conseillère d'Etat Nathalie Fontanet est déjà venue donner l'avis du Conseil d'Etat sur le PL 13327. Au sujet du PL 13324, il rappelle que le canton ne peut pas interdire certains soins. L'Etat intervient

seulement dans un rôle de police sanitaire (pour contrôler les pratiques des professionnelles de santé), par exemple si le traitement n'est pas indiqué, si la pratique est faite de façon inhabituelle ou si la personne mineure n'a pas la capacité de discernement. La position du Conseil d'Etat est, donc, que le politique ne peut se substituer au médical. Le PL 13324 va également à l'encontre des droits fondamentaux des enfants reconnus par la Convention internationale des droits de l'Enfant (CIDE). Il rappelle aussi que le PL 13324 est non conforme au droit supérieur. Il évoque notamment des problèmes liés à la loi sur la santé et à l'égalité d'accès aux soins. Ainsi, le Conseil d'Etat se positionne clairement contre le PL 13324 et propose plutôt d'avancer sur le PL 13327.

Perrine Duteil ajoute qu'il est difficilement concevable de demander à un adolescent d'attendre des années (sa majorité) pour pouvoir bénéficier du soin qu'il demande. Ainsi, le PL 13324 empêcherait ces personnes de s'intégrer et de se sentir acceptées dans la société. Elle rappelle que les médecins des HUG se basent sur les recommandations internationales. De plus, ce type d'intervention nécessite toujours une approche pluridisciplinaire dans laquelle l'implication des parents est toujours recherchée.

Une commissaire PLR demande si les HUG pratiquent des mastectomies sur des mineurs lorsque l'unique motif est la dysphorie de genre. Elle explique que la commission a pu voir deux ordonnances prescrites par des médecins genevois à des mineurs. Elle s'étonne qu'une telle intervention (irréversible) soit prescrite à des mineurs. Elle demande si le département a mis en place un contrôle sur ces pratiques. Aussi, elle souhaite savoir si des études ont été réalisées sur les effets à long terme. Enfin, elle souligne qu'elle trouve problématique l'article 7 du PL 13327. Elle explique que lors de leur audition, les HUG ont dit que l'accord parental était fondamental. Or, Nathalie Fontanet a semblé soutenir que les HUG s'arrangeaient pour avoir l'accord. Elle estime voir une différence entre avoir un accord et s'arranger pour l'obtenir. L'argument donné selon lequel il était indiqué aux parents : « Préférez-vous avoir une fille morte ou un garçon ? » n'est pas pour elle un accord libre et éclairé. De plus, cet article 7 prévoit 100 000 francs d'amende à un parent qui s'opposerait à l'autodétermination de son enfant. Ainsi, il serait plus simple d'obtenir l'accord des parents, mais celui-ci serait encore moins libre et éclairé.

Perrine Duteil répond que les HUG ne pratiquent pas cette intervention sur des mineurs. Toutefois, elle note que celle-ci pourrait dans des cas particuliers être effectuée dans le respect des bonnes pratiques sur une tranche d'âge allant de 16 à 18 ans.

Pierre Maudet se demande si cela se pratique sur le canton dans le privé, alors qu'un commissaire UDC demande si les auditionnées sont formelles que

les HUG ne le pratiquent pas. Pierre Maudet répond par l'affirmative. Il explique que les HUG leur ont confirmé l'information dans un courrier daté du 1er juin 2023.

Une commissaire PLR s'enquiert des possibilités de contrôle de l'Etat sur les établissements privés. Le conseiller d'Etat lui répond que l'Etat exerce un contrôle général au travers du Groupe risque pour l'état de santé et inspectorat (GRESI). Toutefois, si la capacité de discernement est donnée, que les bonnes pratiques sont respectées et si la possibilité existe de demander à subir cette intervention par un organisme qui pratique la chirurgie, l'Etat ne pourrait pas l'interdire.

La commissaire PLR aimerait connaître les répercussions sur les prochaines décennies, elle se demande si ces jeunes gens risquent, par exemple, de développer un cancer précoce. Pierre Maudet n'a pas en tête d'études spécifiques. Il pense qu'il doit exister des études sur dix ans mais pas plus, car il s'agit d'une pratique récente.

La commissaire libérale-radicale demande si l'Etat peut donner une impulsion pour proposer de nouvelles études. Perrine Duteil pointe la complexité de proposer une étude de cohorte à de jeunes gens puisqu'il serait compliqué d'en soumettre la moitié à des placebos. Elle rappelle qu'il faut avoir le consentement de la personne pour démarrer une étude à Genève. Pierre Maudet pense que savoir comment atteindre le consentement éclairé est une question centrale. Il remarque qu'à certains égards la capacité de discernement s'atteint plus vite qu'à d'autres. Toutefois, il conçoit que le caractère irréversible de la mesure rende la décision compliquée.

La commissaire PLR comprend l'importance de pouvoir déceler un parent maltraitant. Toutefois, elle ne pense pas que l'amende prévue par le PL 13327 soit la solution. Perrine Duteil précise que l'amende est un plafond. Elle avait surtout pour but de freiner les organismes internationaux. Elle rappelle que l'administration tient toujours compte de toutes les circonstances avant de délivrer une amende.

Une commissaire LC pense que la politique ne doit pas se substituer au médical. Elle indique douter de la pertinence d'avoir l'une ou l'autre des deux lois à Genève (PL 13324 et PL 13327). Pierre Maudet pense qu'il est important de toujours se questionner même sur le côté négatif d'une nouvelle législation. Il tente de voir plus loin et se questionne aussi sur la mise en œuvre d'une telle loi. Il note aussi les effets que sa portée pourrait avoir sur les adolescentes victimes de ces questionnements. Il pense important de légiférer sur les thérapies de conversion.

Perrine Duteil rappelle que, jusqu'à récemment, les personnes n'osaient pas témoigner. Elle se réjouit que la parole se délie désormais. Elle pense que la loi offrirait aussi une protection pour ces personnes.

Un commissaire UDC aimerait connaître l'avis personnel du conseiller d'Etat. Il rappelle le manque de recul par rapport à une problématique nouvelle. Il s'inquiète de l'usage de bloqueurs de puberté sur de jeunes gens. Il pense toutefois que le rôle du politique n'est pas de juguler le médical. Il pointe la difficulté de saisir l'accord libre et éclairé et met en doute l'existence de réelles thérapies de conversion. Il explique que certains apparentent la psychothérapie à une thérapie de conversion. Il regrette de ne pas prendre en compte l'option d'une psychothérapie plutôt que de favoriser celle irréversible d'une opération chirurgicale. Si les parents risquent une amende, il se demande ce qu'il reste de l'autorité parentale. Pierre Maudet répond que la question du discernement et de l'autodétermination est difficile. Il explique être lui-même père de trois adolescents. Il conçoit la difficulté de reconnaître l'autodétermination et la capacité de discernement d'une adolescente alors que le traitement qu'elle voudrait subir est irréversible. De plus, il conçoit aussi l'absence de recul sur ces thématiques. Toutefois, son rôle en tant que ministre de la Santé est de faire en sorte que quelqu'un se retrouvant confronté à un tel choix ne soit pas obligé de changer de territoire ou d'attendre sa majorité pour pouvoir effectuer un libre choix. Il indique que l'article 7, al. 2, lettre a, laisse la libre interprétation quant au traitement à établir. Ainsi, la possibilité d'avoir recours au volet psychologique est ouverte. Perrine Duteil rappelle que, comme indiqué par les HUG, avant la délivrance d'un traitement, l'adolescente a un suivi, notamment de pédopsychiatrie, d'une année environ.

Une commissaire PLR se réjouit que la politique ne se substitue pas à la médecine. Elle explique que les diverses auditions menées par la commission ont permis de voir un débat même au sein des médecins. Elle remarque qu'il y a dix ou quinze ans de recul selon les études internationales, ce qui est insuffisant. Elle se demande ce que pourrait faire le Conseil d'Etat pour faire avancer la recherche scientifique. De plus, elle se demande à quel âge commence l'autodétermination d'une personne. Enfin, elle se demande s'il serait possible de supprimer du titre du PL 13327 la mention « identité de genre ». En effet, pour elle, l'identité de genre est par définition mobile par rapport à l'autre. Elle ne comprend donc pas comment il serait possible de la réprimer.

Un commissaire Ve se demande si les patientes sont informées de la différence entre bloqueurs de puberté et hormones. Au sujet des thérapies de conversion, il rappelle qu'une personne est venue témoigner pour en affirmer l'existence. Il indique connaître lui-même une personne ayant subi une thérapie

de conversion. Il confirme donc la présence de ces thérapies, y compris sur le canton de Genève.

Pierre Maudet indique que la capacité de discernement peut être admise selon les cas à 12 ans, mais, par exemple, la responsabilité pénale peut être atténuée jusqu'à 25 ans. Il n'y a pas d'âge pour le principe d'autodétermination, mais il pense qu'il faut toujours prendre en compte le contexte et la dimension familiale. Aussi, il indique qu'il n'est pas possible de retirer « identité de genre » du titre du projet de loi puisqu'il doit couvrir aussi ce domaine. Pour les autres questions, il renvoie au service de la médecin cantonale et à une constitutionnaliste.

Discussion interne

La discussion porte sur la recherche des cas de mastectomies pratiquées sur des mineures à Genève, leur âge et sur la durée du suivi préalable ainsi que d'autres questions écrites qui seront posées à des intervenantes et qui seront rapportées ultérieurement.

La question porte aussi sur la pertinence de continuer les auditions, alors même que la non-conformité du PL 13324, voire aussi du PL 13327, au droit supérieur semble clairement établie. Une commissaire PLR considère que même si le canton n'est pas compétent pour adopter cette loi, elle trouve important de poser des questions. Les députées ont pour but de lever des interrogations sur ce qui se passe dans le canton. Ainsi, en tant que commission des Droits de l'Homme (droits de la personne), il serait par la suite possible de faire une motion ou un autre texte qui relèverait de leurs compétences. Elle souligne être surprise de découvrir que des médicaments sont prescrits à de jeunes adolescentes sans que de vraies études scientifiques à long terme aient été lancées.

Un commissaire UDC abonde et estime que la commission est compétente pour s'intéresser à la problématique en tant que phénomène et qu'elle n'a pas besoin de se limiter à un projet de loi. Un commissaire LJS va dans le sens de ces propos tout en semblant se souvenir que le conseiller d'Etat avait évoqué des études.

Un commissaire S propose aussi de délier les deux objets et de terminer les travaux liés au PL 13324, très clairement contraire au droit supérieur. Une commissaire PLR trouverait au contraire pertinent de ne lier pas que le traitement mais aussi le rapport des deux objets.

La présidence met aux voix la proposition d'interrompre les travaux du PL 13324 :

Oui : 4 (2 S, 1 Ve, 1 LJS)
Non : 4 (1 LC, 2 PLR, 1 UDC)
Abstentions : 1 (MCG)

Les travaux du PL 13324 ne sont pas interrompus.

Le département a fourni à la commission une liste d'expertes médicales à l'étranger pour une éventuelle audition. Un commissaire UDC ne pense pas que les personnes proposées sur cette liste soient adéquates. Il évoque notamment la question du militantisme. En effet, il pense que si des « expertes militantes » devaient être entendues, il faut aussi entendre « les autres ». Il propose de fournir une liste de personnes partageant des idées opposées à celles des membres de la liste pour la semaine prochaine, sans toutefois préciser en quoi elles seraient moins militantes. Il pense que plus la question sort du champ de l'endocrinologie et s'approche du champ de la psychiatrie plus elle devient militante.

Un commissaire S pense que la définition du militantisme du préopinant UDC n'est pas correcte. Les médecins dont il est question s'appuient sur de nombreux cas qu'elles traitent au quotidien. Il aurait tendance à apparenter à du militantisme les médecins qui n'étudient pas ces cas, mais qui s'y intéressent pour une raison dogmatique. Il ne s'oppose pas à l'audition d'endocrinologues en plus des personnes mentionnées dans la liste, mais il ne souhaite pas non plus multiplier les auditions.

Perrine Duteil rappelle que la liste dont il est question est une réponse institutionnelle proposée par les HUG. Il ne s'agit pas d'une réponse militante.

Une commissaire PLR estime qu'il pourrait être intéressant d'avoir l'avis de psychiatres et d'endocrinologues, mais elle rappelle qu'il n'est pas possible de définir à l'avance la position d'une personne et une commissaire LC pense qu'il serait surtout intéressant d'entendre des médecins se trouvant dans des pays ayant un certain recul avec la thématique.

Audition de Adrien Bron, directeur général de l'office cantonal de la santé, DSM, Laurence Althaus, conseillère scientifique à l'office cantonal de la santé, DSM

En introduction, il est expliqué que le magistrat, le département et le Conseil d'Etat ont déjà donné leur position. Au niveau de l'expertise médicale, une audition a déjà été faite par les HUG. Ainsi, il rappelle que bien que la pratique ait évolué ces dernières années, l'évolution n'est pas encore suffisante

pour pouvoir réellement apporter des éléments supplémentaires à ceux déjà apportés par les précédentes auditions. De façon générale, le Conseil d'Etat a déposé un projet de loi (le PL 13327), car il estime qu'il y a lieu d'agir dans ce domaine. En effet, même si ces questions ne défrayent pas la chronique, la réalité de ces thérapies de conversion existe. Il estime donc qu'il y a une forte légitimité à être protégé de ces tentatives de conversions, qu'elles soient fréquentes ou non.

Au sujet du PL 13324, il estime que ce n'est ni le rôle de l'Etat ni celui du législateur de définir quelle est la bonne pratique médicale. Il précise que des instances compétentes académiques existent et définissent des priorités de recherche. Il pense qu'il faut faire confiance à la science tout en ayant conscience qu'elle évolue. Il rappelle que des équipes interdisciplinaires travaillent sur la question et recherchent un consensus.

Concernant le domaine privé, il n'a pas de réponse à ce stade. Il explique que les médecins privées n'avertissent pas le département avant de prendre une décision. Il note tout de même une réticence de la part du milieu privé à prescrire des traitements d'hormonothérapie et une tendance à rediriger les patientes vers les HUG. En termes de chirurgie, il ne peut exclure que des interventions soient pratiquées par des plasticiennes dans le milieu privé. Toutefois, le département n'a pas connaissance de cas particuliers allant dans ce sens.

Une commissaire PLR évoque une étude menée par l'Office fédéral de la santé (ci-après OFSP) qui a visiblement montré l'existence d'une mastectomie effectuée à Genève sur une personne mineure de 17 ans. Puisque les HUG ont indiqué aux commissaires ne pas avoir effectué de mastectomie sur des personnes mineures pour une dysphorie de genre, il doit s'agir d'une intervention ayant eu lieu dans le milieu privé. Elle souhaite savoir comment le département peut avoir un contrôle sur ces situations et comment il appréhende ces questions, car elle considère qu'effectuer une mastectomie sur une personne mineure est problématique. Elle évoque notamment l'établissement de deux ordonnances pour des mastectomies sur des mineurs de 17 ans. De plus, elle souhaite savoir si les endocrinologues sont les seuls médecins pouvant prescrire des bloqueurs de puberté ou des hormones ou si d'autres, par exemple les psychiatres, sont aussi habilités à le faire. Enfin, elle se questionne sur l'intérêt d'avoir une vision à long terme. Elle explique que les HUG leur ont transmis des études ayant été faites sur deux ans, toutefois, elle aurait voulu obtenir des études sur plus long terme (20 à 30 ans). Elle s'interroge notamment sur le risque de cancer à 40 ans. Elle pense que puisqu'il est question de permettre un consentement « libre et éclairé » cela implique de connaître les conséquences de tels traitements sur le long terme.

Adrien Bron indique ne pas avoir connaissance d'une mastectomie ayant été effectuée sur une personne mineure. Il explique que le département n'est consulté ni pour l'établissement d'actes ni pour l'établissement de factures. Le seul élément de contrôle pour le département est lorsque des mandats sont attribués aux hôpitaux, mais qu'ils sont cofinancés par l'Etat. Un autre moyen pour eux d'intervenir est lorsqu'une plainte est déposée et que le département peut intervenir au travers de la commission de surveillance. Toutefois, le département n'effectue pas de surveillance systématique. Il pense que le cas évoqué est un cas isolé et que les médecins privés ont tendance à être plus prudents.

Pour les prescriptions d'hormones, l'auditionné indique que les différentes spécialités ont leurs différentes spécificités. Toutes les spécialités ne peuvent pas tout prescrire, mais certaines choses peuvent l'être par différentes spécialités. Au sujet du risque à long terme, le département ne peut transmettre plus d'informations que celles transmises par les HUG. Il note que certains pays tendent à renforcer le passage aux études à long terme. En revanche à Genève, l'accès au traitement n'implique pas l'obligation de participer à une étude à long terme.

Il explique qu'un consentement libre et éclairé implique d'informer les personnes sur les limites qui sont connues. L'idée n'est pas de dire qu'il n'y a pas de risque, mais de dire que, selon les études faites actuellement, il n'y a pas de risques importants décelés.

Le département ajoute que le PL 13324 est en contradiction avec le droit supérieur. Il note qu'il est aussi en contradiction avec la liberté des médecins de pouvoir exercer leur métier selon leur propre vision. Il confirme également que les deux cas de prescriptions de mastectomie à des personnes mineures sont pendants devant la Commission de surveillance et que ce sont d'ailleurs les seuls. Adrien Bron indique que le département ne peut surveiller les prescriptions qui sont établies par des médecins. La seule manière pour eux d'avoir un écho est lorsqu'une plainte est déposée. Enfin, il peut uniquement confirmer que deux procédures sont ouvertes devant la commission de surveillance, mais il n'en connaît pas les détails. La commission de surveillance est indépendante et elle fait sa propre instruction.

Une commissaire PLR s'interroge sur la compétence cantonale potentielle de déterminer qui peut prescrire ou non des traitements d'hormonothérapies. L'auditionné doit effectuer des recherches complémentaires, mais il pense que, vraisemblablement, des règles de qualité peuvent être établies. Toutefois, il rappelle que les médecins doivent pouvoir effectuer leur métier de la même façon sur l'ensemble du territoire suisse. Il note que les bonnes pratiques médicales peuvent amener à ce que des recommandations des académies

spécialisées puissent être proposées. Si ces recommandations ne sont pas suivies, elles pourraient faire l'objet de reproches de la part de la Commission de surveillance, car celle-ci peut aussi prendre en compte les recommandations.

Une commissaire PLR dit comprendre que la Suisse n'est pas au bénéfice de recommandations fédérales, mais qu'elle se réfère aux références internationales. Elle se demande s'il ne serait pas possible d'envisager la mise en place de recommandations au niveau fédérale. Elle pense que si l'Académie suisse des Sciences Médicales (ASSM) donnait des recommandations claires sur le sujet, cela serait un moyen de rassurer aussi les médecins privés sur leur pratique. Adrien Bron explique que les médecins cantonales ont déjà effectué une démarche dans ce sens auprès de la Commission nationale d'éthique (CNE) le 2 mars 2023. Perrine Duteil précise qu'ils ont été relancés récemment. Elle explique qu'il s'agissait notamment de leur demander une prise de position sur les traitements effectués sur des personnes mineures.

A des questions des commissaires PLR, il est précisé qu'il s'agirait uniquement d'une prise de position de la CNE, qui ne s'adresserait pas directement à l'ASSM. Il s'agit de deux instances distinctes. L'ASSM n'a pas de pouvoir contraignant alors que la CNE est en lien avec l'OFSP.

Cette demande des médecins cantonales avait été effectuée lorsque la question était apparue dans les médias. Laurence Althaus explique qu'actuellement les HUG sont plus restrictifs que les lois en la matière. En effet, aux HUG, aucune mineure ne reçoit des traitements lors de demandes de réassignation sans l'accord des parents.

Un commissaire Ve lit le site internet de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE)[3] : « [Elle] est une commission indépendante d'experts. Elle a été instaurée par le Conseil fédéral en 2001 et est chargée de conseiller les autorités, d'un point de vue éthique, sur toutes les questions relevant de la médecine humaine. ». Il précise que trois membres de la commission sont professeures à l'UNIGE : Prof. Stéphanie Dagron, Prof. Christine Clavien et Prof. Samia Hurst-Majno.

Laurence Althaus rappelle que toute demande de transition aux HUG est vérifiée par un comité interdisciplinaire. La demande doit être validée à l'unanimité. Ainsi, elle souligne que jamais une médecin seule ne prend une décision.

Une commissaire PLR aimerait connaître les directives sur les moyens de traitement. Elle souhaite savoir quel médicament peut être délivré à quel

[3] https://www.nek-cne.admin.ch/fr/page-daccueil-nek-cne

moment. Elle s'inquiète aussi sur les conséquences de la prise de tels traitements sur de futurs adultes. Enfin, elle se demande si le canton pourrait agir pour que la prise en charge médicale soit harmonisée notamment au travers de l'ASSM. Adrien Bron pense que de tels questionnements doivent directement émaner des sociétés savantes. Celles-ci peuvent recevoir un *input*, mais il ne connaît pas de précédent ou le canton aurait sollicité une prise de position pour clarifier les choses.

Une autre commissaire PLR demande si le service du médecin cantonal pense qu'il serait utile d'avoir des recommandations avec des pratiques standardisées. Elle se demande s'il ne serait pas pertinent d'avoir un standard au niveau intercantonal. L'auditionné pense que les HUG seraient plus à même de répondre à cette question. Il explique que les pratiques médicales évoluent et que les sociétés savantes évoluent aussi avec la demande. Toutefois, il ne pense pas que le canton a le rôle de solliciter une cristallisation de l'état de l'art au niveau de la médecine.

La commissaire PLR pense que ce n'est pas le rôle des autorités politiques de contrôler l'avancée des sciences. La science a sa vie propre. Le rôle du politique est de maximiser la recherche scientifique et de pousser à ce que les médecins discutent entre elles. Adrien Bron pense lui que le rôle du politique est de souhaiter que ces discussions aient lieu. Surenchérissant, la commissaire PLR indique que le rôle du politique est de pousser activement pour que ces discussions aient lieu. Adrien Bron ne pense pas que les autorités puissent agir à ce niveau. Il pense que l'action est du ressort des professionnelles de la santé.

Un commissaire MCG estime que le département ne peut pas agir sur ce qui est lié à l'art de la médecine. L'Etat est là pour vérifier que tous les acteurs suivent les règles mises en place. L'Etat n'est pas une instance de proposition, mais une instance qui vérifie que ce qui est mis en place est bien appliqué.

Une commissaire PLR considère que la médecin cantonale a un devoir de surveillance sur ce qui est fait par les médecins privées. Elle pense qu'avoir des règles précises permettrait de mieux s'assurer de ce qui est fait ou non. Elle pense que cette situation serait bénéfique tant pour les médecins que pour le monde politique. Adrien Bron pense qu'il faudrait voir comment ces recommandations seraient édictées. Toutefois, il trouve tout de même que l'impulsion devrait venir des sociétés savantes et non de l'Etat. Perrine Duteil rappelle enfin que les standards WPATH sont les standards internationaux référents dans ce domaine.

Une commissaire LC donne son avis sur le fait que les prescriptions d'hormonothérapie devraient être sous l'égide des endocrinologues et non des

psychiatres. Elle se demande s'il ne faudrait pas s'adresser à l'ASSM pour que ces règles soient proposées.

Adrien Bron explique que toutes les sociétés savantes (pédiatrie, endocrinologie, psychiatrie, etc.) ont des guidelines auxquelles elles se réfèrent. Les sociétés savantes prennent aussi en compte les éléments internationaux. Ainsi, avec les règles déjà établies par ces sociétés, il est possible d'émettre une plainte lorsqu'elles ne sont pas respectées. Toutefois, il note qu'il est plus difficile d'imposer cela au domaine privé. Il est possible uniquement de faire des colloques où sont évoquées les indications souhaitables.

La commissaire LC pense qu'il pourrait être profitable d'avoir des recommandations faites par les autorités puisqu'il s'agit d'un sujet d'actualité. Perrine Duteil précise que la prise de position demandée par les médecins cantonaux traite d'un volet qui concerne spécifiquement la place des parents dans la prise en charge des jeunes pour éviter tout risque de rupture des liens et la question du consentement. De plus, un autre volet plus large demande une prise de position de la CNE sur la décision ou non d'effectuer une intervention médicale.

Audition de Samia Hurst-Majno, professeure de bioéthique à l'Université de Genève et vice-présidente de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE)

La Prof. Samia Hurst-Majno détaille le rôle et la composition de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE), une entité fédérale extraparlementaire composée d'expertes provenant de différents domaines pertinents dans le champ de la médecine et des sciences, toutes axées sur une diversité de points de vue, et indépendantes des appartenances politiques. Cette commission est chargée de conseiller de manière consultative sur les enjeux éthiques concernant la santé publique, en fournissant des avis variés pour le bien public. Elle est basée sur la loi sur la procréation médicalement assistée, qui a été à l'origine de sa création.

Elle fait également mention de la commission d'éthique à l'Académie suisse des sciences médicales, qui prodigue des conseils aux professionnelles de la santé. Les avis de cette académie sont repris par la FMH dans le cadre de la déontologie professionnelle, mais la CNE joue un rôle distinct en conseillant le parlement sur les enjeux liés aux médecins et à la santé en général.

Elle commence par aborder le sujet de l'interdiction des pratiques de conversion, qui n'a pas été traité par la CNE, car il n'était pas perçu comme si controversé. Ces pratiques sont largement dénoncées et des appels ont déjà été

faits pour qu'elles ne soient plus pratiquées. Ainsi, ces pratiques sont largement considérées comme blâmables et ne relèvent pas d'enjeux éthiques. Mais il revient à la commission des Droits de l'Homme (droits de la personne) de décider dans les pratiques blâmables lesquelles doivent être interdites.

Le PL 13324 évoque les « interventions de réassignation sexuelle », parfois appelées aussi « thérapies de transition », et concerne l'accompagnement des personnes en transition de genre. La CNE travaille sur ce sujet depuis deux ou trois ans, mais n'a pas encore finalisé ses travaux. Elle mentionne qu'il s'agit probablement de la première fois dans l'histoire de la CNE qu'elle reçoit une lettre cosignée par les médecins cantonales, ce qui témoigne de l'importance du sujet et de la controverse qu'il suscite sur le terrain.

Pendant le processus, il est acquis que la souffrance est réelle, même si l'identité de genre peut être discutable. Il est difficile de distinguer entre la dysphorie physique, c'est-à-dire le sentiment de malaise par rapport à son propre corps, et la dysphorie sociale, qui découle du regard des autres et qui définit l'identité sociale en fonction de la conformité aux normes de genre. Cette souffrance est exacerbée par le fait qu'il n'y a pas de catégorie de genre qui corresponde à la réalité de chaque individu.

L'auditionnée évoque également les difficultés rencontrées par les équipes médicales qui accompagnent les personnes en transition de genre. Malgré les meilleurs efforts pour fournir un soutien familial, il arrive que les parents ne soient pas sur la même page, ce qui crée des tensions et des divisions au sein de la société. La législation actuelle prévoit que la capacité de discernement est déterminante dans ces situations, à l'exception des interventions de stérilisation qui nécessitent la majorité de la personne concernée.

La Prof. Samia Hurst-Majno résume le processus de réflexion comme suit : il est essentiel de fournir un accompagnement attentif et de soutenir les processus décisionnels de manière participative, afin que les personnes puissent prendre des décisions lorsqu'elles sont capables de discernement et ne soient pas précipitées dans leurs choix. C'est pourquoi elle s'inquiète davantage de l'interdiction des bloqueurs de puberté, car elle veut éviter que les personnes ne soient précipitées dans une décision avant d'avoir eu le temps de développer leur maturité cérébrale. Il est crucial d'accompagner de manière appropriée et non dangereuse, en mettant l'accent sur les besoins de la jeune et de sa famille.

Elle insiste sur le fait que la souffrance est réelle et qu'une des sources de celle-ci est le regard de la société, qui rejette souvent les personnes vivant des situations de remise en question de leur identité. L'interdiction des thérapies

de transition renforcerait ce regard de la société, ce qui contribuerait à la souffrance des personnes concernées.

Une commissaire PLR abonde dans ce sens en soulignant l'importance de trouver un équilibre entre la permissivité régulée et la stigmatisation transphobe, ainsi que la nécessité d'un encadrement médical sérieux et d'un délai d'attente significatif pour un accompagnement adéquat. Elle mentionne également une recommandation Swiss Ethics concernant les projets de recherche sur les bloqueurs de puberté et les hormones, et exprime une grande inquiétude quant à l'anxiété des médecins qui craignent de prendre des mesures. Elle souligne également l'importance cruciale de la recherche dans ce domaine et exprime le besoin urgent d'établir des protocoles pour les traitements expérimentaux, faisant référence au rapport britannique « The Cass Review » qui met en lumière les conséquences médicales du retard dans ce domaine.

En réaction, la Prof. Samia Hurst-Majno note que les thérapies de transition de genre relèvent du droit personnel et ne peuvent donc pas être décidées par quelqu'un d'autre que la personne elle-même, même avec l'accord d'une représentante légale. Elle souligne que les enjeux sont différents et qu'il est fréquent de manquer de données, mais cela ne signifie pas que tout est expérimental. Elle explique que même en l'absence de données, les tentatives thérapeutiques nécessitent un consentement particulier. Elle précise que la thérapie de transition n'est pas une expérimentation, mais une pratique encadrée par la déontologie médicale.

Elle est d'accord sur la nécessité de mener plus d'études, mais souligne que cela dépend des priorités et des financements. Elle mentionne qu'un Programme National de Recherche (PNR) sur le genre et la médecine est en cours, avec environ une centaine de projets proposés, mais elle n'a pas d'informations sur des études portant sur les effets des hormones sur la transition de genre et sur les fonds nationaux alloués à ces recherches. Elle conclut en soulignant l'importance de mener davantage d'études tout en rappelant qu'il n'est pas vrai qu'aucune donnée n'est actuellement disponible.

Un commissaire S revient sur le PL 13327, qui semble susciter moins de controverse, mais il a cru comprendre que les craintes relatives au projet de loi pourraient être liées au fait qu'il pourrait s'appliquer aux parents qui décourageraient leurs enfants de se lancer dans un processus de transition de genre, ce qui pourrait entraîner des sanctions administratives prévues par le PL. Il demande si ces craintes sont raisonnables et compréhensibles.

Il mentionne également une motion dont la commission des Droits de l'Homme (droits de la personne) n'a pas encore été saisie formellement et qui

exige que la durée d'un processus précédant une intervention de réassignation soit d'au moins 18 mois, entre la demande formelle de procédure et la première étape. Il souhaiterait connaître l'avis de l'auditionnée à ce sujet.

La Prof. Samia Hurst-Majno comprend que le délai de 18 mois est jugé important pour s'assurer qu'il soit suffisant pour évaluer la persistance de la demande et permettre une réflexion adéquate. Cependant, il est difficile de déterminer exactement quelle durée est considérée comme suffisante, car il faut aussi définir quand ce délai commence. Est-ce au moment de la première demande, peu importe qui la formule, ou au moment de la première note dans le dossier médical ? De plus, l'ajout de nouvelles demandes compliquerait encore la définition du délai.

La question tourne aussi autour du blocage de la puberté, qui est radicalement différent de toutes les autres interventions de réassignation visées par le projet de loi. Cette intervention est réversible et permet de gagner du temps pour la réflexion et la maturation, offrant ainsi une opportunité de lever une urgence. En revanche, d'autres interventions sont plus irréversibles, et un délai de 18 mois signifierait prendre une décision sans réflexion, car une fois la puberté enclenchée, cela déclenche des processus qui ne sont pas réversibles. Par conséquent, il faudrait alors recourir à des interventions plus invasives. Par exemple, une personne assignée femme à la naissance à qui l'on refuse une demande de retarder la puberté pourrait subir une croissance mammaire et, si le projet persiste, elle devrait subir une mastectomie. Aussi, dans le cas d'une personne assignée homme à la naissance, une fois que le blocage de la puberté est terminé, la voix peut muer, ce qui est irréversible, et cela peut jouer un rôle dans toute sa vie.

Dans l'ensemble, un délai de 18 mois est jugé très long, entravant la personnalisation du suivi des patients. En outre, pour le PL 13327, elle explique qu'il y a une liste de pratiques qui sont explicitement exclues de l'interdiction, et que la commission est libre d'ajouter les parents aux exclusions. Elle est d'avis qu'il est nécessaire de déterminer clairement quelles actions constituent une répression de l'identité de genre. Si une adolescente exprime le sentiment que son corps ne lui convient pas et souhaite une thérapie pour cela, et que les parents tentent de l'en dissuader, cette pratique pourrait être considérée comme une entrave à son expression et à ses besoins. Elle estime qu'il s'agit d'une question délicate nécessitant un ajustement fin du curseur en fonction des circonstances spécifiques.

Malgré le côté distinct des bloqueurs de puberté, une commissaire PLR évoque leurs impacts à long terme sur la santé osseuse. Elle estime pertinent de disposer d'informations sur ces impacts à long terme, par exemple sur une période de vingt à trente ans, ainsi que sur d'autres conséquences potentielles.

La question du consentement libre et éclairé se pose également, en particulier en ce qui concerne la connaissance des conséquences à long terme et la nécessité d'une compréhension complète pour un tel consentement.

Elle revient également sur la question du délai de 18 mois, se demandant si ce laps de temps est adéquat, surtout lorsqu'on part du moment où la médecin est consultée. Les informations fournies par les HUG indiquent qu'ils pratiquent un délai de 11 mois. Elle se demande donc si un délai compris entre 11 et 12 mois serait plus adapté.

Par ailleurs, elle interroge s'il est possible d'imaginer que les agents de l'Etat, tels que le personnel enseignant, soit celui vers qui l'enfant s'adresse et à partir duquel le délai de douze mois est encouru. Enfin, elle se demande quel rôle les parents devraient jouer dans le processus de consentement, sachant que le droit personnel ne permet pas à un parent de consentir au nom de quelqu'un d'autre. Est-il préférable de demander le consentement parental ou celui de l'enfant seul ?

La Prof. Samia Hurst-Majno souligne que bien que tous les effets à long terme ne soient pas connus, certains le sont. Par exemple, les effets sur les os à long terme sont quelque chose qu'il est possible de discuter avec les jeunes, car il existe un « doute légitime ». Aussi, elle note que le nombre d'effets secondaires peut accroître à mesure que le nombre de personnes prenant le même traitement augmente. Si seulement 10 personnes prennent un médicament, les effets secondaires suffisamment fréquents seront observés, mais avec des milliers de personnes, des effets plus rares peuvent apparaître. Des systèmes de pharmacovigilance sont en place pour signaler les effets secondaires inattendus autour d'une molécule donnée.

Il est essentiel d'informer les patientes de ces risques, même si certains sont très rares. Cependant, la présence d'effets secondaires à long terme ne constitue pas une raison suffisante pour contre-indiquer un traitement si le bénéfice global dépasse les risques. Par exemple, bien que l'aspirine pourrait être proscrite si l'on considérait uniquement les effets secondaires potentiels à long terme, son utilisation est justifiée en raison de ses nombreux avantages. De même, dans le cas du traitement de la leucémie chez les enfants, même si le risque à long terme est plus élevé, les avantages immédiats du traitement l'emportent largement.

La commissaire PLR demande si, selon le rapport risque-bénéfice connu, l'utilisation des bloqueurs de puberté est considérée comme positive. L'auditionnée répond que c'est une bonne question et que la réponse dépend de la manière dont on considère la souffrance de la personne concernée. Les effets positifs incluent une diminution du risque de suicide et des comorbidités

psychiatriques. Bien que celles-ci ne disparaissent pas entièrement, elles diminuent considérablement avec une prise en charge affirmant leur identité de genre. Lorsque l'on compare les personnes ayant suivi une thérapie de transition à celles qui se sentent déjà à l'aise avec leur identité de genre, un surplus de morbidité est toujours présent même après la transition.

En revanche, si on les compare aux personnes qui ont demandé une thérapie de transition mais ne l'ont pas obtenue, celles qui ont suivi la thérapie présentent généralement une meilleure santé mentale. Cependant, il est important de souligner que cela dépend de chaque cas et d'autres facteurs. Un suivi par une équipe médicale spécialisée est nécessaire. De plus, elle continue à être peu favorable au délai imposé par la loi, parce qu'il y a une différence en fonction de la nature du délai, en fonction de si le délai est imposé par une loi ou pour des questions de logistique. Lorsqu'il est question de logistique, il est possible d'y remédier.

La question de l'accord parental est cruciale. Idéalement, tout le monde souhaite obtenir cet accord, mais que faire lorsque cela n'est pas possible ? Pour répondre à la question de savoir s'il faut un accord parental en plus de l'accord personnel, elle souligne que ce serait un cas rare. Dans le domaine médical, il est possible d'avoir des restrictions jusqu'à la majorité. Il peut y avoir la participation à un projet de recherche, qui nécessite un double accord. Dans certains cas exceptionnels, une dérogation peut être accordée par la médecin cantonale si l'accord parental n'est pas obtenu. Lorsque l'accord parental est absent, cela signifie, par exemple, que pour la prescription d'un bloqueur de puberté, l'adolescent devrait y renoncer, ce qui pourrait entraîner des interventions plus invasives ultérieurement. En définitive, la question de la nécessité de l'accord parental est délicate, car il est préférable que tous les membres de la famille soient impliqués, mais il peut être difficile à obtenir dans certains cas.

Une commissaire PLR se demande si l'accord d'une juge pourrait se soustraire à l'accord parental, lorsqu'il n'est pas possible de l'obtenir. La Prof. Samia Hurst-Majno est d'avis que, compte tenu des délais de procédure, la demande à une juge pourrait représenter un obstacle pour la prise de bloqueurs de puberté. En conséquence, elle ne considère pas que ce soit une solution viable dans tous les cas.

Un commissaire UDC rappelle que le serment d'Hippocrate, qui inclut le principe de ne pas nuire, reste pertinent même face aux questions de genre qui sont des idéologies relativement nouvelles. La question est de savoir comment appliquer ce principe dans l'évaluation des intérêts en jeu. Il souligne l'importance des garde-fous, en particulier concernant les actes ayant pour conséquence la stérilité. Même si une adolescente de 12 ans peut avoir la

capacité de discernement pour exprimer si elle souhaite ou non avoir des enfants, il est important de prendre en compte d'autres critères que celui du consentement éclairé.

Actuellement, il dit qu'il y a encore peu de recul sur ce sujet, bien qu'il existe certaines études. Alors que la transition de genre à l'âge adulte est relativement bien documentée, c'est moins le cas pour les adolescentes car c'est un phénomène récent. La question se pose de savoir si l'éclairage fourni est complet lorsqu'on sollicite le consentement, surtout en l'absence de données importantes. Il explique que le recours à des bloqueurs de puberté entraînera probablement une stérilité, bien que cela n'exclue pas nécessairement la possibilité d'avoir des enfants.

Les bloqueurs et les traitements hormonaux ne sont pas entièrement réversibles, ce qui doit être compris par l'adolescent ou la personne concernée. Il relève la complexité de la pesée des intérêts à combiner dans la décision de subir une mastectomie avec la prise d'hormones, et donc celle du caractère éclairé ou non du consentement. Il souligne que lorsqu'il y a un doute, la règle « nullum nocere » ordonne de s'abstenir de procéder au traitement. Il critique la « croyance » en un risque élevé de suicide associé à la souffrance vécue par les personnes transgenres comme un facteur majeur à considérer. Cela conduit à envisager le décès et donc de pencher en faveur de l'intervention, car les interventions chirurgicales sont moins lourdes lorsqu'elles sont effectuées avant la puberté. Il mentionne qu'il n'y a pas eu de vague de suicides chez les adolescentes transgenres dans les pays qui ont abandonné les interventions sur mineurs, soit le Royaume-Uni et plusieurs pays scandinaves, ce qui suggère que le lien entre le suicide et la transition pourrait être influencé par des discours propagandistes. Il se demande si la médecine peut fournir des données pour clarifier cette question. Il mentionne également une autre donnée selon laquelle environ un tiers des personnes engagées dans une transition y renoncent, un tiers va jusqu'au bout et s'en disent satisfaites et un tiers regrette, et se demande comment intégrer ces données dans le principe de ne pas nuire.

La Prof. Samia Hurst-Majno souligne que la pesée des intérêts était déjà une pratique à l'époque d'Hippocrate, et donc, dans ce cas, la suicidalité est un élément à faire valoir et plusieurs études l'ont démontré. Elle se demande quel a été le suivi du commissaire UDC pour affirmer qu'il n'y a pas eu de vagues lorsque les programmes ont fermé en Scandinavie. Elle mentionne que les personnes transgenres sont une minorité et que la suicidalité de l'ensemble de la population n'a pas été étudiée de manière exhaustive. Elle souligne qu'il pourrait y avoir un mouvement dans la suicidalité d'une sous-catégorie, comme les personnes transgenres mineures, mais que les statistiques de suicidalité nationales ne le relèveraient pas. Il faudrait pour cela une étude de

cohorte spécifique qui, à sa connaissance, n'existe pas. Par ailleurs, elle mentionne des données qui montrent que chez les personnes qui font une demande de transition et qui ne l'obtiennent pas, la suicidalité est augmentée.

Elle souligne que la prise en charge des personnes mineures n'est pas aussi récente qu'on pourrait le croire, mais le nombre de personnes concernées est récemment en augmentation, ce qui peut créer une certaine nouveauté en termes de données disponibles. Elle reconnaît qu'il y a des choses que l'on sait, mais cela ne signifie pas que l'on sait tout, d'où l'importance des études. Par exemple, elle évoque les effets secondaires sur le développement osseux et la réversibilité de la thérapie par blocage pubertaire, soulignant l'importance d'un timing précis pour démarrer le traitement avant que les caractéristiques de la puberté ne deviennent irréversibles. Elle explique que le traitement par blocage pubertaire et les traitements hormonaux visent la transition de genre elle-même, en atténuant la puberté, et qu'ils sont réversibles. Elle note qu'il est important d'assurer une compréhension claire de ces aspects pour les personnes concernées.

Elle aborde également les pourcentages cités concernant les personnes qui renoncent, regrettent ou sont heureuses de leur transition. Elle précise ne pas connaître ces chiffres. Elle souligne que cette situation est plus complexe qu'il n'y paraît, car les personnes qui renoncent peuvent le faire à n'importe quel stade du processus et cela ne capture pas l'ensemble de l'expérience. Il y a celles qui discutent de leur situation avec leur entourage et renoncent avant même de franchir la porte du médecin. Parmi les personnes qui consultent, certaines peuvent aller jusqu'à une transition complète, tandis que d'autres peuvent regretter leur décision ou revenir partiellement en arrière. Elle insiste sur le fait que la réalité est souvent différente des attentes sociologiques, et que promettre une acceptation totale peut être exagéré par rapport à la réalité anatomique. Elle souligne l'importance de ne pas sur-promettre et d'être réaliste quant aux résultats.

La Prof. Samia Hurst-Majno clarifie que par « réversible », elle entend que le processus peut permettre un retour au genre assigné à la naissance, avec un déroulement normal de la puberté et une fertilité normale. Un commissaire S demande s'il a bien compris que, par exemple, si une femme prend des bloqueurs de puberté, le développement de sa poitrine ne se produira pas tant que les bloqueurs sont en cours, mais reprendra après leur arrêt. L'auditionnée confirme.

Présentation de la M 3010

Joëlle Fiss, autrice de la motion, la présente à la commission. Elle affirme que cette motion est une position intermédiaire entre le PL 13324 qui vise à interdire les interventions de réassignation de genre (IRS) pour les personnes mineures et le PL 13327 présenté par le Conseil d'Etat. Elle affirme que son texte autorise les IRS, mais sans une permissivité irréfléchie et en posant un cadre médical strict. Certains points étaient importants selon elle, à savoir un cadre médical clair et insister sur la recherche. En effet, la nécessité d'approfondir la recherche médicale fait l'unanimité et chaque patiente devrait pouvoir bénéficier d'un encadrement important, comprenant au minimum une psychiatre, une endocrinologue et une généraliste, lesquelles seraient disponibles pour plusieurs séances tout au long du processus afin d'assurer un suivi médical adéquat.

Elle précise que l'idée est de sortir de la procédure « off label » et de se diriger vers des procédures et des protocoles officiels où les médecins auraient la certitude de savoir quoi faire. En effet, il ressort de certaines auditions qu'une incertitude persiste autour de ce sujet, tant sur leur responsabilité que sur le cadre juridique. Dès lors, il est essentiel de s'assurer qu'une commission d'éthique, selon les procédures de Swissethics, puisse valider une procédure inscrite dans les protocoles.

Elle explique que sa démarche cherche à considérer le phénomène de la discrimination envers les personnes transgenres. Ce texte s'éloigne de toute transphobie et insiste sur l'importance de la LED-Genre car ce cadre légal est primordial pour toutes. Ensuite, elle souligne qu'il faut accorder la liberté à tout un chacun de faire ce dont il a besoin. De grandes règles idéologiques ne sont pas appropriées à la problématique et il faut permettre un temps de réflexion nécessaire à chacune pour aboutir à une décision la plus éclairée possible. Elle a estimé ce délai à 18 mois, car cela permettrait aux personnes concernées de se fédérer (l'enfant, la famille, les médecins). De plus, ce délai vise à apporter plus de sérénité.

Elle invite donc le Conseil d'Etat à lutter activement contre toute forme de discrimination envers les personnes transgenres et à exiger pour les IRS un délai de réflexion d'au minimum 18 mois entre le début de la demande médicale formelle et la première prise de médicament. Sur les trois phases habituellement admises (bloqueurs, hormones et chirurgie), les 18 mois s'entendent avant la prise des bloqueurs de puberté. Enfin, elle invite le Conseil d'Etat à imposer un encadrement pluridisciplinaire, constitué d'une psychiatre, d'une endocrinologue et d'une généraliste, et à intégrer le plus possible le consentement des parents afin d'apporter le plus de sérénité possible dans la procédure.

Un commissaire S reconnaît au moins le mérite d'amener le sujet d'une manière plus constructive que le PL 13324. Toutefois, la motion lui semble aussi soulever un certain nombre de problèmes. Il souhaite savoir à quel moment le délai doit débuter, sachant qu'une enfant alerte peut s'être renseignée en profondeur et en avoir parlé à ses amies durant un certain temps avant d'approcher le cercle des adultes pour verbaliser sa demande. A contrario, une autre enfant pourrait faire une demande abrupte à ses parents sans avoir mené de réflexion. Un même délai s'appliquerait de manière similaire aux deux, ce qui lui semble infondé.

Ensuite il demande pourquoi vouloir mettre absolument les bloqueurs de puberté dans cette motion. De fait, comme le mentionnait la Prof. Hurst-Majno, les bloqueurs sont réversibles. Cette phase permettrait justement d'aller dans le sens du délai que demande la motion. Les bloqueurs sont assimilables à ce délai d'attente, car ils permettent de poursuivre sereinement la réflexion. Par ailleurs, il demande pourquoi la motion se concentre sur les IRS alors qu'il y a d'autres opérations qui peuvent toucher des mineurs comme de la chirurgie esthétique, où il peut y avoir des taux de regret élevés aussi. Enfin, il souhaite savoir comment l'autrice évalue sa motion vis-à-vis du droit fédéral.

Joëlle Fiss estime, par rapport aux bloqueurs de puberté, qu'une jeune de 13 ans qui discuterait avec ses parents et prendrait une telle décision pourrait commencer le processus à 14 ans et demi, ce qu'elle estime très libéral. Par conséquent, elle dit que l'utilisation des bloqueurs se ferait à bon escient. Aussi, même si beaucoup d'adolescentes voulaient faire une transition de manière irréfléchie, la motion permettrait à l'enfant qui en a réellement besoin de commencer le processus. Elle dit que la motion ne concerne pas les 99% de cas qui ne sont pas mûrement réfléchis, mais l'exception qui en aurait vraiment besoin. La Prof. Samia Hurst-Majno avait certes affirmé que les effets des bloqueurs étaient réversibles, mais l'autrice relève qu'un débat médical existe autour de la question. Elle affirme que les commissaires ne sont pas médecins et que, quand bien même la professeure auditionnée déclarait une certaine vérité, il faudrait prendre en compte le débat.

Sur la question de la comparaison à la chirurgie, elle affirme qu'il ne s'agit pas d'une question médicale. Selon elle, la chirurgie esthétique ne doit pas être classée dans la même catégorie qu'un changement de sexe. Une procédure vise à des améliorations esthétiques, l'autre est médicale et vise à soigner un réel mal-être où l'enfant souhaite devenir « quelqu'un d'autre ». Par rapport au niveau fédéral, cette motion a besoin de la Confédération, car elle appelle à un investissement dans la recherche médicale et scientifique de Swissethics. Cela ne va pas à l'encontre d'un droit fédéral qui pourrait être adapté si les connaissances existaient. La motion vise à une collaboration pour développer

la médecine et le débat médical, il s'agit d'un complément et non d'une opposition.

Un commissaire Ve demande à l'autrice si l'audition de la Prof. Samia Hurst-Majno la conduirait à spontanément modifier sa motion. Elle répond par la négative, mais elle se dit ouverte à des amendements décidés en commission et par consensus. Elle considère qu'il y a besoin d'une position médiane entre ce qu'elle voit comme deux extrêmes (le PL 13324 et le PL 13327).

Un commissaire S revient sur la comparaison avec la chirurgie esthétique. Il dit ne pas bien comprendre le raisonnement de l'autrice de la motion. En effet, l'enfant ne veut pas devenir quelqu'un d'autre en changeant de sexe, il s'agit d'une identité personnelle et la chirurgie pourrait y être assimilée car il est question du bien-être de la personne dans sa peau.

Sur le délai de 18 mois, il semblerait que cela ne porte que sur les médicaments et non la chirurgie. Selon lui, il faudrait que ce délai s'applique à la chirurgie principalement. Il dit son incompréhension, ce d'autant que la Prof. Samia Hurst-Majno avait confirmé que ce délai posait problème. Il souligne qu'entre la légitimité de ladite commission, le consensus scientifique et l'avis éventuel de médecins qui ne sont pas spécialistes mais qui ont un avis personnel, la vraie légitimité provient d'une position institutionnelle. Il se dit surpris que l'autrice remette en question le consensus scientifique et construise une version alternative, un peu comme aux Etats-Unis, où tout se vaut sans qu'il ait de réel consensus. Il affirme qu'il y a un consensus autour de la réversibilité des bloqueurs de pubertés. S'il y a des controverses, il dit vouloir les études qui en parlent, car il semblerait que cette littérature lui ait échappé.

Il rebondit ensuite sur le mot libéral qu'avait utilisé Joëlle Fiss pour décrire sa motion. Il dit que la définition est très relative. Il ajoute que pour restreindre une liberté personnelle, il faut une justification. Sur l'argument avancé qu'il s'agirait de défendre la seule enfant de 13 ans pour qui cela serait utile alors que pour 99% d'entre elles c'est inutile, il demande sur quelles études elle se base pour arriver à une telle déduction. Il dit que certaines jeunes renoncent, que certaines vont de l'avant et que le taux de regret est très faible. Par ailleurs, la Vice-présidente de la Commission nationale d'éthique avait signalé que le délai de 18 mois posait problème pour ce cercle. Il demande donc si l'autrice serait en mesure de renoncer à ce délai. Un délai de réflexion peut être nécessaire, mais 18 mois sont excessifs.

Sur la chirurgie esthétique, l'autrice répond qu'il semblerait qu'elle ne soit pas autorisée chez les mineures. De plus, elle ne nécessite pas un encadrement médical de trois médecins différentes. Les conditions médicales pour une IRS ne sont pas les mêmes que pour une intervention purement esthétique. Sur le

délai de 18 mois qui est focalisé sur les médicaments plutôt que sur la chirurgie, elle dit ne pas bien comprendre l'interrogation du commissaire socialiste. En effet, sans prise de médicaments, il n'y a pas de chirurgie ensuite. Les médicaments sont les étapes qui précèdent la chirurgie, il est normal de faire courir le délai avant la prise de médicament. Dans l'entier du processus, cela ne fait pas de sens d'imposer 18 mois de réflexion avant une chirurgie. Le but est de ralentir tout le processus afin d'avoir plus de sérénité.

S'agissant d'une position où tout se vaut sans qu'il n'y ait aucun consensus valable, elle réfute complètement cette argumentation. Elle mentionne l'audition du Dr Halpérin qui expliquait que de nombreux effets des bloqueurs restaient inconnus et qu'il restait beaucoup d'incertitudes. Ensuite, elle fait référence au rapport de Hilary Cass, mandatée par le Royaume-Uni, sorti il y a quelques mois seulement. Il s'agit de recommandations du National Health Service (NHS), où Hilary Cass était présidente du *Independent review of gender identity services for children and young people*. Le rapport Cass est une référence dans les questions de réassignation de genre au niveau international. Ainsi, ce rapport relève plusieurs éléments qu'elle partage : de nombreux effets des bloqueurs de puberté restent inconnus et beaucoup d'incertitudes persistent dans le monde au niveau médical ; l'innovation devrait être strictement surveillée ; le diagnostic devrait être holistique et individualisé ; les parents devraient être beaucoup plus inclus et la recherche plus développée. La différence notable qui existe entre le rapport Cass et la motion est que, compte tenu des précautions, il faudrait l'interdire aux mineurs pour Hilary Cass. Elle estime que sa motion est donc plus libérale.

Elle réfute l'accusation de ne pas se tenir au courant sur la question et démontre qu'elle approfondit ses connaissances par le biais des débats médiatiques et de la littérature. Elle dit regretter que les informations qui ont été données dans les auditions n'ont pas été comprises de la même manière qu'elle et souligne surtout que sa motion donne suite et s'inspire des diverses auditions.

Enfin, sur les restrictions de liberté, Joëlle Fiss estime que la liberté personnelle est respectée car les jeunes peuvent l'exercer. Il y a un décalage entre le moment de la discussion et le début du processus, comme pour un enfant de 11 ans qui commencerait une IRS à 12 ans et demi. Il n'y a pas de restriction selon elle, peut-être même que sa motion est trop permissive.

Un commissaire UDC trouve que la sixième invite qui insiste sur les travaux de recherche sur les bloqueurs et les traitements hormonaux devrait être la première, sachant que tant qu'il n'y a pas de base scientifique suffisante pour faire consensus – il précise parler du consensus après discussion et synthèse scientifique – il n'est pas possible de se décider. Il propose donc de

décaler cette invite au début et d'attendre une base scientifique assez solide, le cas échéant un moratoire, avant d'en juger.

Sur la cinquième invite, « pour que les interventions ne soient plus considérées off label », il estime qu'elle devrait figurer en deuxième sachant qu'il faut de la recherche afin de régler la question. Il précise que les traitements « off label » correspondent à l'utilisation qui se fait en dehors du prospectus qui est autorisé par l'Etat mais a été écrit par le fabricant. L'utilisation « off label » se fait en dehors du champ pour lequel le fabricant a mis le traitement sur le marché, la responsabilité est donc de l'utilisateur et non du fabricant, car ce dernier n'offre pas de garantie si le médicament prévu pour un usage X devait avoir des effets non prévus dans un usage Y. Il dit avoir l'impression que l'autrice souhaite officialiser par exemple l'usage de la testostérone sur les jeunes filles, ce qui supposerait de faire les recherches suffisantes pour être certain des conséquences. Il faudrait que les fabricants soient sûrs et puissent recommander cela. L'Etat pourrait alors officiellement reconnaître les traitements. Il souligne bien que l'Etat ne pourrait pas déclarer que lesdits traitements ne sont plus « off label » sans la validation des fabricants.

Par conséquent, l'officialisation des traitements « off label » devrait être subordonnée à la sixième invite et il devrait y avoir un moratoire également, jusqu'à ce que les fabricants fassent les tests nécessaires afin de valider les traitements. L'autrice se dit ouverte à la réorganisation des invites, contrairement à un moratoire. L'utilité des traitements existants est confirmée pour certaines personnes. Même si cela concerne une infime minorité, toute radicalité sur la question leur porterait préjudice. Sur la question du « off label », elle comprend les préoccupations et pense que des renseignements complémentaires, par exemple au travers d'auditions, seraient les bienvenus.

Une commissaire PLR relance Joëlle Fiss sur la chirurgie esthétique des mineurs. Elle dit avoir cherché mais ne pas avoir trouvé si c'est autorisé ou non pour les mineurs. De manière similaire à l'IRS, elle demande si elle est d'avis qu'il faudrait aussi un encadrement des mineurs pour des interventions de chirurgie esthétique.

La commissaire PLR estime que la Prof. Samia Hurst-Majno s'était exprimée à titre personnel et non au nom de la CNE sur la question des délais. Sur la question du début du délai, les discussions avaient porté sur le fait qu'il y aurait peut-être une adulte référente, éventuellement représentante de l'Etat, comme une enseignante, une assistante sociale ou une médecin. Elle demande l'avis de Joëlle Fiss sur le fait que le délai courrait dès la prise de contact avec une représentante de l'Etat.

Sur la réversibilité des bloqueurs de puberté qui seraient incontestés, l'auditionnée avait également relevé qu'il pouvait y avoir des conséquences graves sur les os. Certes, l'effet réversible porte sur le blocage de la puberté, mais il y aurait d'autres effets sur la santé qui pourraient avoir des conséquences ultérieurement. Elle relève que l'aspect pluridisciplinaire dont parle la motion et qui avait été présenté par les HUG l'avait beaucoup rassuré, mais qu'elle a néanmoins des doutes sur ce qui se pratique dans le privé. Elle demande s'il s'agit bien d'un des aspects les plus importants de la motion, sachant que pour bénéficier d'un tel suivi, il faudra ainsi faire appel aux HUG.

Enfin, elle revient sur la question juridique de l'atteinte à la liberté. Elle relève que, certes, il y a une atteinte à la liberté du point de vue juridique, avec une atteinte aux droits fondamentaux, au pire à la liberté personnelle. Pour une atteinte à la liberté personnelle, il y a quatre conditions à la restriction définies à l'art. 36 Cst, dont celle d'être justifiée par l'intérêt public (alinéa 2). En l'occurrence, l'intérêt public ici est de préserver les jeunes et de leur permettre un délai de réflexion pour éviter de faire une erreur qui pourrait être difficilement réversible. La justification de l'atteinte serait donc la santé publique et la protection de la personne qui remplirait une des conditions de l'art. 36 Cst. Par ailleurs, la troisième condition de l'art. 36 Cst porte sur la proportionnalité. Justement, il n'est question que de 18 mois dans la motion, il ne s'agit donc pas d'attendre la majorité pour un enfant de 13 ans par exemple, ce qui pourrait sembler excessif.

Joëlle Fiss répond à la question qui concerne la chirurgie esthétique des mineurs. Elle dit ne pas avoir réellement réfléchi à la question, car elle estime que les deux traitements ne sont pas comparables. La chirurgie esthétique n'est pas essentielle et pourrait attendre les 18 ans. Sur le moment où commencerait à courir le délai, elle se dit ouverte à l'idée que cela soit par le contact avec une représentante de l'Etat, mais il pourrait y avoir une réflexion sur la personne appropriée qui pourrait déclencher le délai d'attente. Ensuite, elle souligne avoir compris la même chose concernant l'aspect irréversible sur les os, il y a eu des discussions en commission sur le sujet et il n'est pas possible d'être aussi catégorique sur la réversibilité.

Joëlle Fiss estime que la réversibilité sur la puberté est indéniable, mais qu'il faut considérer les effets secondaires et l'ensemble de la problématique. Sur l'encadrement, elle confirme que la prise en charge par trois médecins est un aspect central de cette motion et que toute procédure devrait bénéficier de l'encadrement médical adéquat. Sur l'analyse juridique concernant l'atteinte à la liberté, elle dit partager les conclusions de la préopinante PLR. En effet, la préservation des jeunes fait partie de l'intérêt public et, pour la

proportionnalité, un délai de 18 mois entre le début du processus et la première prise de médicament n'est pas excessif.

Un commissaire S revient sur l'aspect juridique. Il maintient que les enfants peuvent décider pour leur propre corps, sous réserve de la capacité de discernement. Cette liberté est donc le principe général et les restrictions doivent être l'exception. Il demande quel serait l'intérêt public de retarder le début d'un traitement dans le cas d'un enfant qui risquerait de muer dans l'intervalle. D'un côté, il y a le risque d'une mue irréversible, et de l'autre, le risque des effets secondaires. Il affirme que les effets secondaires sont un risque, mais qu'il ne s'agit pas d'une certitude. La situation est la même pour les médicaments liés aux IRS. Par ailleurs, dans la balance de la santé publique, il y met également la santé psychique et l'intérêt du jeune d'avoir un corps qui correspond à ses attentes. Le risque de vivre avec une voix d'homme est à prendre en compte selon lui et cela entre dans la balance par rapport aux risques d'avoir des effets secondaires qui n'ont rien à voir avec la réversibilité.

Sur l'étude concernant la réversibilité, il demande si le Dr Halpérin, une personne tout à fait respectable comme pédiatre, mais qui n'a jamais rencontré de cas, a une réelle légitimité à se prononcer sur un sujet tel que la réversibilité. A l'exception du Dr Halpérin, il dit ne pas avoir réellement entendu de controverse sur les effets secondaires. Il soutient que tout médicament a des effets secondaires. Il demande si cela justifie que l'on restreigne à ce point la liberté des enfants en capacité de discernement sur des décisions qui vont impacter toute leur vie.

L'autrice reconnaît que les personnes sont prêtes à assumer les effets secondaires pour arriver à un résultat final. En revanche, sur la réversibilité ou non, elle estime qu'il s'agit d'une question médicale et que le politique n'a pas à donner un avis dessus. Il revient aux médecins d'apporter les réponses et les certitudes sur cette question. Pour la légitimité du Dr Halpérin, elle considère qu'il est pédiatre et qu'il a eu de nombreuses discussions avec les jeunes, notamment sur la question du changement de genre et que son expérience est empirique sur la thématique. Ensuite, elle fait allusion à la convention internationale sur les droits de l'enfant. Il est admis que l'enfant a des capacités évolutives pour prendre des décisions et être autonome, mais ladite capacité doit être accompagnée d'un consentement éclairé. Ainsi, la motion a été rédigée de manière à favoriser au plus ce consentement éclairé, avant qu'une décision soit prise.

Un autre commissaire S demande sur quels chiffres l'autrice se base pour affirmer que pour une exception il y aurait 99% d'erreurs ; il souhaite savoir selon quel point de vue elle se place, celui des enfants ou des parents. Evoquant une jeune qu'il dit avoir rencontré en dehors du cercle politique, il affirme que

les parents avaient pensé que l'idée n'était qu'une passade et avaient déjà fait « l'effort » d'appeler leur enfant avec un prénom féminin, alors qu'il y avait une distinction flagrante entre les deux opinions. L'enfant s'était complètement résigné à l'avis des parents alors qu'il ne pensait pas la même chose. Il demande si le rapport Cass cité par Joëlle Fiss correspond au rapport du Sénat français.

Celle-ci répond par la négative. Le rapport du Sénat français adopte une posture proche de celle de l'UDC visant à une interdiction jusqu'à la majorité. Le commissaire socialiste relève qu'il serait possible d'avoir des inquiétudes sur ce qui se passe dans le privé. Or, il demande comment résoudre les problèmes des jeunes qui commenceraient alors leur traitement sur internet. Il considère qu'imposer un délai de 18 mois ouvre le risque d'un contournement.

Joëlle Fiss revient sur sa tournure de phrase qui mentionnait l'exception par rapport aux 99%. Elle explique qu'elle faisait référence au débat sociétal transphobe. C'est une façon d'attaquer ce débat qui sous-tend que c'est un phénomène de mode. Aussi, si une personne a besoin de faire ce traitement, il faut pouvoir lui donner la possibilité de le faire, même si pour certaines il pourrait s'agir d'un phénomène de mode. Le commissaire S fait remarquer que c'est déjà le cas aujourd'hui, sans texte parlementaire. Joëlle Fiss dit que c'est peut-être le cas, mais qu'un projet de loi a été déposé par le Conseil d'Etat, et que des réactions en découlent. Sur les nombreuses initiatives qui ont émergé, elle pense qu'il est nécessaire de rationnaliser le débat.

Le commissaire S note que le droit à l'autodétermination existe à ce jour et que si le PL 13324 était refusé, il continuera à exister. Dans un cas certes peu souhaitable, l'identité de genre serait sortie du PL 13327 et, ainsi, sans la motion, il y aurait un statu quo, qui serait préférable.

Joëlle Fiss croit comprendre que le commissaire socialiste voudrait voter non à tout. Elle estime que face au débat existant dans la société, face aux mails reçus des citoyennes s'interrogeant sur la question et face aux incertitudes, la motion était nécessaire. Elle souligne que ce n'est pas un projet de loi et que cela permet ainsi simplement de faire avancer la réflexion et les débats. Par rapport au fait qu'un enfant renonce en raison de l'avis de ses parents, elle affirme que le processus ne s'arrête pas là et que cette personne est libre d'aller voir une psychologue ou encore de changer d'avis et de reprendre les discussions avec ses parents. Ce ne sont pas les 18 mois qui lui mettront la pression. Bien au contraire, ce délai favorise une certaine sérénité dans la réflexion. Sur le fait de pouvoir se procurer des bloqueurs de puberté sur internet, elle dit ne pas avoir la réponse.

Un commissaire LC fait remarque que sur la chirurgie esthétique, dans le domaine médical on présume de la capacité de discernement d'une enfant à environ 11 ans. Celle-ci serait ainsi capable d'accepter ou refuser un traitement de manière éclairée à ce moment-là et cela s'applique à la chirurgie esthétique par extension. Comme la chirurgie implique des frais relativement élevés, soit l'accord des parents est nécessaire car l'enfant ne peut pas s'engager selon le code civil, soit ils ont la surprise de recevoir une facture salée. Il dit qu'il existe des médecins peu scrupuleux qui acceptent d'opérer des enfants sans l'accord des parents.

Sur les traitements disponibles sur internet, il explique qu'il n'y a aucune possibilité de réguler ces achats. Ce sont principalement des antidépresseurs et du viagra qui sont sur le marché, mais tous les autres médicaments sont en vente. En revanche, leur composition n'est pas forcément connue. Il peut y avoir des surdosages ou des sous-dosages avec des conséquences dramatiques. Le seul levier existant est en main du service des douanes qui saisit ponctuellement des paquets pour les contrôler et infliger des amendes.

Le débat se poursuit sur le renvoi ou non d'un ou plusieurs textes en commission de la santé, ce qui sera ensuite refusé par une courte majorité (UDC-PLR-LC-MCG contre S-Ve-LJS).

Alors que certains textes semblent mûrs, une commissaire PLR affirme que tant que les questions de l'extension aux mineurs pour l'identité de genre ne seront pas réglées, le PLR ne votera pas le PL 13327 en intégrant l'identité de genre. Soit le tout est bloqué jusqu'en septembre, soit ce texte du Conseil d'Etat est amendé en enlevant l'identité de genre et le texte peut partir seul en plénière, car il n'y a aucune controverse sur l'orientation sexuelle. L'autre solution consiste à laisser l'identité de genre et le « package » reste en commission.

Les deux commissaires socialistes disent ne pas souhaiter un retrait de l'identité de genre du PL 13327.

Audition de Thierry Tanquerel et Michel Hottelier, professeurs honoraires

Les deux professeurs honoraires ont reçu trois questions préalables :

– Quelle est la conformité avec le droit fédéral de ces deux projets de lois en matière de répartition des compétences ?
– Existe-t-il des règles de rang fédéral, et si oui lesquelles, qui restreignent la compétence cantonale au point que la mise en œuvre des règles contenues dans les PL 13324 et PL 13327 serait incompatible avec le droit fédéral ?

– Plus largement, ces deux projets de lois seraient-ils susceptibles d'enfreindre d'autres normes du droit supérieur ?

Les questions étant complexes et les délais brefs, les Prof. Tanquerel et Hottelier précisent qu'il ne s'agira que d'une analyse *prima facie*.

Le Prof. Thierry Tanquerel comprend pourquoi la commission a décidé d'étudier les deux projets ensemble, mais il souligne qu'ils traitent de deux sujets fondamentalement différents : l'un aborde des pratiques portant atteinte à la dignité des personnes et constituant une atteinte à la personnalité (PL 13327), tandis que l'autre concerne des protocoles médicaux répondant à des souffrances réelles (PL 13324). Mélanger les deux peut prêter à confusion. C'est pourquoi ils ont décidé de faire deux présentations distinctes. Il souligne encore que les questions posées mériteraient une réponse sous forme d'avis de droit. Toutefois, ils ne sont pas en mesure d'en fournir un à la commission et ils se limiteront à évoquer quelques pistes.

Pour une argumentation détaillée, la commission pourrait, dans un second temps, décider s'il est utile d'en demander un.

Au sujet du PL 13327, le Prof. Hottelier se chargera de la présentation. Le projet de loi se réfère précisément à l'article 15, alinéa 2 de la Constitution genevoise, qui interdit les discriminations fondées sur l'orientation sexuelle. L'orientation sexuelle est un concept relativement nouveau en droit genevois et suisse, car les motifs de discrimination mentionnés ne concernaient auparavant que le sexe et le mode de vie. Bien que ce texte ait presque trente ans, il reste une trace importante dans la Constitution genevoise.

Le projet de loi est composé de douze articles, qu'il trouve bien construits et très intéressants. Il se demande toutefois s'il vaut la peine d'adopter une loi entière de douze articles alors que deux ou trois articles pourraient suffire à traiter le cœur du sujet, soulevant ainsi une question d'opportunité législative et légistique.

Il trouve l'exposé des motifs du Conseil d'Etat très convaincant, en particulier en ce qui concerne la conformité avec le droit fédéral. Cela répond à une première question posée : le canton est compétent tant que la Confédération n'a pas légiféré (p. 5 de l'exposé des motifs). Souvent, ce sont les cantons qui adoptent des solutions expérimentales avant-gardistes, dont la Confédération s'inspire lorsqu'elle décide de légiférer.

Le Prof. Hottelier ajoute que le canton de Neuchâtel a déjà abordé ce sujet, montrant qu'il n'y a pas de barrage ou d'obstacle au niveau fédéral, comme indiqué dans l'exposé des motifs. Il rappelle qu'il y a environ trente ans, un débat similaire avait eu lieu concernant la procréation médicalement assistée, avec des législations cantonales et deux arrêts du Tribunal fédéral avant que la

législation fédérale actuelle ne soit adoptée. Il souligne également la procédure de consultation décrite dans l'exposé des motifs, qu'il trouve intéressante et instructive. Il se réjouit de voir que le Conseil d'Etat respecte les articles 11 et 110 de la Constitution genevoise, qui soulignent l'importance du travail pré-législatif.

Concernant la question de la nature juridique, il aborde la conformité au droit fédéral et le respect des droits fondamentaux. Au niveau de la conformité au droit fédéral, le canton est compétent pour traiter ce sujet. En ce qui concerne les droits fondamentaux, l'exposé des motifs mentionne le respect de la dignité humaine et la mise en œuvre des droits fondamentaux tels que prévus par la constitution genevoise, notamment l'article 41, qui garantit la dignité humaine et ce qui en découle. L'exposé des motifs cite également des sources internationales, comme les principes de Yogyakarta, dont s'inspire le Conseil d'Etat. Le projet de loi se réfère explicitement à trois niveaux de protection des droits fondamentaux en Suisse : local, fédéral et international. On pourrait également ajouter les articles 172 et 207 de la Constitution genevoise, qui assurent la promotion de la santé et la protection de la jeunesse.

L'article 2, qui donne des définitions, est très utile et ne pose pas de problème au niveau des droits fondamentaux. Deux dispositions peuvent, en revanche, interpeller : les articles 6 et 7. L'article 6, qui concerne la communication des données personnelles, a un champ opératoire trop large. Il serait utile de préciser quelles données seraient utilisées. Bien qu'il n'ait pas fait une analyse approfondie, il pense que cette disposition respecte les droits fondamentaux en se référant à l'article 3 de la LIPAD pour les modalités de communication, selon le principe de proportionnalité. De son point de vue, cette disposition peut être interprétée de manière conforme à la Constitution et résisterait à un examen devant la chambre constitutionnelle et le Tribunal fédéral.

Il considère que l'article 7, qui interdit certaines pratiques tout en prévoyant des exceptions, est très intéressant et peut se justifier, compte tenu de la sensibilité de la problématique. Les restrictions qui pourraient affecter les libertés personnelles et religieuses peuvent être justifiées par la conformité aux dispositions générales de la Constitution genevoise et le respect du principe de proportionnalité. De son point de vue, il n'y a pas de problème de compatibilité avec les droits fondamentaux.

Le Prof. Tanquerel aborde ensuite les restrictions de liberté, en adhérant à la prémisse du projet de loi qui considère que les thérapies de conversion, visant à corriger, modifier ou réprimer l'orientation affective et personnelle, portent atteinte à la personnalité et à la liberté des individus en niant leur identité. Il souligne que de telles atteintes ne peuvent être justifiées au nom de

la liberté économique ou religieuse, et il soutient l'avis du Prof. Hottelier selon lequel l'interdiction de telles pratiques est dans l'intérêt public.

Concernant l'article 6 sur les données sensibles, il exprime une gêne, car il n'a pas bien compris quelles informations seraient nécessaires pour l'application de la loi. L'exposé des motifs étant général, il estime qu'il serait utile que la commission demande au Conseil d'Etat de clarifier ce point. Il suggère que cela pourrait être une question mineure et qu'une clarification sur le type d'informations requises pourrait éviter toute inquiétude.

Il souligne fermement et de manière tranchée, que la législation à Genève semble souffrir de « maladie législative », où chaque sujet nécessite une loi spéciale, ce qui rend la législation difficile à comprendre et à suivre, un problème auquel la commission et le parlement devraient être attentifs dans leur devoir de rendre la loi plus claire et compréhensible pour les justiciables. Il rappelle que la LED-Genre est récemment entrée en vigueur. Il suggère de faire figurer ces problématiques directement au sein de la LED-Genre plutôt que de créer une loi spéciale ad hoc.

Le Prof. Tanquerel passe ensuite au PL 13324 et à la M 3010. Il commence par le projet de loi, notant que la motion est une réponse à celui-ci. Il observe que le projet de loi semble très idéologique, basé sur le « mouvement woke » et la théorie du genre, et non sur des études scientifiques médicales, semblant s'inspirer de législations d'Etats américains très conservateurs comme la Floride et le Kentucky. Il ne voit pas de conflit direct avec la législation fédérale, mais suggère d'approfondir cette question.

Il soulève la possibilité que le projet de loi puisse entrer en conflit avec le droit civil fédéral s'il est interprété comme posant des présomptions irréfragables d'absence de discernement pour les mineurs en période de transition. Toutefois, il note que le projet de loi ne se concentre pas sur ce terrain, mais plutôt sur l'interdiction de ces pratiques uniquement.

Il identifie des problèmes constitutionnels et conventionnels importants, notant que le projet de loi pourrait priver les personnes souffrant de dysphorie de genre de certaines options médicales pour soulager leur souffrance. Il n'a pas vu dans l'exposé des motifs d'éléments fondant un intérêt public justifiant la proportionnalité d'une telle interdiction. Il critique également le manque de fondement factuel ou d'analyses médicales dans l'exposé des motifs justifiant une telle restriction, et il est préoccupé par la violation potentielle du respect de la vie privée selon l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et d'autres normes internationales.

Le raccord avec la convention relative aux droits de l'enfant pourrait aussi se révéler problématique dans la mesure où le projet de loi ne met pas en

premier lieu l'intérêt supérieur de l'enfant (articles 4 et 24). Par ailleurs, cibler les mineurs transgenres pourrait être considéré comme une violation de l'article 8, alinéa 2 de la Constitution fédérale et de l'article 15 de la Constitution genevoise.

Il indique aussi que le projet de loi entre en contradiction avec la LED-Genre et notamment avec ses articles 3, lettre c, article 5, et article 9. Ainsi, si ce projet de loi devait être adopté, il devrait être expressément indiqué qu'il s'agit d'une loi spéciale dérogeant à la LED-Genre. Il note une contradiction manifeste entre le projet de loi et la LED-Genre.

En ce qui concerne la M 3010, il note qu'elle adopte une approche plus distante que le PL 13324, manifestant un effort apparent pour éviter toute transphobie. Du point de vue juridique, il ne se prononce pas sur le bien-fondé de la M 3010, mais il soulève des préoccupations concernant la clarté des moyens de mise en œuvre. Il est d'accord avec les parties de la motion encourageant la recherche et luttant contre la discrimination, mais il est plus réservé sur des aspects comme l'introduction d'un moratoire de 18 mois et l'exigence du consentement des parents, estimant que ces points pourraient nécessiter une base légale plus solide pour être pleinement justifiés.

En conclusion, il exprime un malaise général à voir le législateur s'immiscer dans les protocoles médicaux, qui relèvent principalement du droit fédéral. Il estime que le Parlement cantonal devrait faire preuve de prudence avant de réglementer des aspects médicaux complexes, et il souligne l'importance de respecter les compétences scientifiques nécessaires pour évaluer le bien-fondé des traitements.

Un commissaire S demande si les professeurs Tanquerel et Hottelier seraient en mesure de fournir des propositions d'amendement à la commission afin de faire figurer cette problématique dans la LED-Genre, mais le Prof. Tanquerel ne pense pas que ce soit le rôle des auditionnés de proposer des amendements.

Le commissaire socialiste aborde le PL 13324 et revient sur sa conformité constitutionnelle. Une question récurrente est de savoir s'il relève de la compétence cantonale de décider quelles pratiques dans le domaine des soins de santé sont interdites, ou si cela relève plutôt de la compétence fédérale.

Le Prof. Tanquerel n'est pas certain que le problème réside dans la question de savoir si la compétence est cantonale ou fédérale. Il précise que ni lui ni le Prof. Hottelier ne sont spécialistes du droit de la santé ou du droit administratif de la santé. A leur avis, le problème réside plutôt dans la question de savoir s'il est du rôle du législateur d'intervenir dans les modalités de prise en charge. Il

semble qu'il n'y ait pas de législation fédérale traitant directement des pratiques en elles-mêmes.

Il y a des lois fédérales sur des sujets particuliers comme la procréation médicalement assistée ou l'admission des médicaments par les médecins, mais en l'absence de règles fédérales sur les pratiques elles-mêmes, il n'est pas certain qu'une compétence exclusive soit établie. Il recommande d'aborder cette question avec prudence et suggère que les spécialistes de la législation fédérale en matière médicale pourraient fournir des réponses plus tranchées à ce sujet.

Le commissaire S précise qu'il a l'impression que puisqu'il s'agirait de prestations couvertes par l'assurance de base, elles pourraient être affectées par une régulation cantonale, ce qui rendrait potentiellement délicat l'accès à ces prestations couvertes par la LAMal. Le Prof. Tanquerel n'avait pas envisagé cette problématique sous cet angle, mais il confirme qu'il peut y avoir un argument allant dans ce sens.

Le même commissaire mentionne ensuite l'article 15 de la Constitution genevoise, soulignant que l'angle du critère de genre qui y figure constitue une protection explicite pour les personnes concernées par le projet de loi UDC, ce qui pourrait poser problème. Aussi, il se demande si l'exigence d'un accord parental nécessite une base légale formelle ou non. Cela pourrait avoir pour conséquence que les pratiques actuellement requérant un tel accord parental seraient défendues sans base légale. Tel qu'il l'a compris, les pratiques actuelles nécessitent un accord parental.

Concernant les 18 mois, il explique qu'il est ressorti de précédentes auditions que si l'on appliquait un délai de 18 mois, la voix d'un adolescent pourrait, par exemple, muer, ce qui pourrait rendre toute intervention ultérieure impossible par rapport au processus de puberté. A la lumière de cet élément, il se demande si cette exigence apparaît proportionnée par rapport aux conséquences possibles.

Le Prof. Tanquerel confirme la question relative à l'article 15 de la Constitution genevoise. Concernant le consentement parental, il explique que, actuellement, le consentement des parents n'est pas systématiquement exigé sauf si la médecin considère, en vertu du droit civil, que la personne concernée ne dispose pas d'un discernement suffisant. Dans ce cas, les médecins demandent le consentement parental avant d'entreprendre certaines pratiques. Cela diffère de la situation où une loi genevoise imposerait, pour différents cas, une présomption irréfragable d'absence de discernement, nécessitant systématiquement le consentement parental.

Enfin, il précise que son argument sur la proportionnalité de l'exigence d'un délai de 18 mois est recevable et soutenable. Toutefois, il souligne qu'il n'a pas été en mesure d'examiner tous les rapports médicaux et d'effectuer une analyse approfondie pour aboutir à une conclusion entièrement fondée sur ce point.

Une commissaire PLR se questionne sur la motion. Elle évoque la question des obligations découlant des conventions internationales et de la constitution en matière de protection des jeunes. Elle se demande si ces obligations ne nécessitent pas de prendre des mesures pour s'assurer que des traitements irréversibles ne soient pas administrés à des jeunes qui pourraient ne pas être entièrement décidés, notamment durant l'adolescence. Elle pense, par exemple, aux bloqueurs de puberté, qui peuvent avoir un impact sur la densité osseuse des futurs adultes, et se demande si l'Etat n'a pas également l'obligation de s'assurer que les médicaments sont pris à bon escient et non de manière précipitée pendant l'adolescence.

Elle évoque également la nécessité de consentement parental non pas pour remettre en cause la capacité de discernement des jeunes, mais pour cumuler le consentement du jeune avec l'intégration des parents dans le processus de décision. Elle se demande s'ils voient un moyen d'intégrer les parents dans le processus de décision autre que par le consentement parental.

Concernant le PL du Conseil d'Etat sur l'interdiction des thérapies de conversion, elle se demande si cette interdiction, qui concerne à la fois l'orientation sexuelle et l'identité de genre, pourrait s'appliquer à des parents inquiets pour un enfant se considérant en dysphorie de genre. Elle se demande si des parents qui inviteraient leur enfant à consulter un psychiatre plutôt qu'à prendre des médicaments risqueraient d'être concernés par cette interdiction.

Le Prof. Tanquerel indique que concernant le PL 13324, la nécessité de protéger les jeunes constitue en fait la définition de l'intérêt public qui justifierait une telle mesure et que c'est cette pesée des intérêts qui doit être effectuée. Le commissaire socialiste préopinant avait un argument pour plaider le manque de proportionnalité et ici la commissaire PLR a un argument pour plaider que la mesure est proportionnelle. Ainsi, il n'est pas en mesure de trancher définitivement sur cette question, car il n'a pas assez d'éléments pour se prononcer.

Ce qu'il conseille, par rapport au cadre juridique, c'est qu'il est vraiment important que les décisions prises soient fondées sur une analyse très approfondie des faits et non sur des a priori ou des convictions religieuses. C'est un domaine où les décisions doivent être basées sur des preuves (« evidence-based »), ce qui manque dans le débat américain auquel il a fait

allusion, où les faits ne semblent pas toujours être pris en compte, et où des faits dérangeants sont souvent écartés au profit de faits alternatifs.

Pour que la règle, le cas échéant adoptée, résiste à une contestation en justice, il est très important que le Grand Conseil dispose d'une base factuelle très précise. Il comprend que la question est de se demander si le jeune peut décider seul ou non. Il est conscient que le but n'est pas de permettre aux parents de décider sans l'avis des enfants, mais de s'assurer que le consentement des parents soit aussi pris en compte. Cependant, cette règle doit être appliquée en pleine conscience de sa portée.

Il voit un problème qui mérite d'être approfondi. Il se demande dans quelle mesure le parlement fédéral peut déroger à une règle du droit civil qu'il a lui-même adoptée et, surtout, dans quelle mesure les parlements cantonaux peuvent fixer des présomptions en matière de discernement.

Le Prof. Hottelier confirme qu'il y a effectivement un risque que le PL 13327 soit appliqué de manière large. Pour lui, l'interdiction inclurait les partis pris des parents, par exemple, ceux qui préfèreraient consulter un psychiatre plutôt que de faire suivre un traitement médical à leur enfant.

Une commissaire PLR conçoit que les politiciennes ne sont pas des médecins et manquent souvent d'expertise sur des questions médicales complexes. C'est pourquoi elle pense que la commission devrait laisser les médecins mener leurs recherches et prendre des décisions éclairées. La motion a été déposée pour contribuer au débat, non pour légiférer sur une question aussi complexe.

Elle évoque le délai de 18 mois et la considération du Prof. Tanquerel que le délai était disproportionné. Elle souhaite comprendre leur avis sur deux lois qui s'opposent : une permettant tout et l'autre interdisant tout. Elle comprend que les médecins se sentent intimidés.

Le Prof. Tanquerel précise qu'il n'a pas affirmé que le délai de 18 mois était disproportionné. Il s'agit plutôt de vérifier si la restriction de l'accès aux soins est justifiée par un intérêt public suffisant et si elle est proportionnelle. Il note qu'il n'a pas assez d'éléments pour tirer une conclusion définitive. Le PL semble radical et pourrait être disproportionné, alors que la motion est plus délicate et ne permet pas de réponse absolue.

Il corrige en ajoutant que ce n'est pas une question de liberté totale contre une interdiction stricte. Les médecins ne peuvent pas faire n'importe quoi ; ils doivent suivre les règles de l'art définies par l'Académie suisse des sciences médicales et sont surveillés et sanctionnés en conséquence.

Le Prof. Tanquerel souligne qu'une médecin qui ferait n'importe quoi pourrait être sanctionnée. Il n'y a donc pas d'un côté des médecins agissant par

caprice et de l'autre une interdiction totale. Actuellement, ce problème se pose, mais il pourrait y en avoir d'autres. Il n'est pas certain que ce soit le rôle du parlement d'intervenir à ce niveau. Bien qu'il comprenne les bonnes intentions derrière cette démarche, il faut réfléchir aux implications et aux précédents que cela pourrait créer, en envisageant les domaines futurs où l'on pourrait être tenté d'intervenir de manière similaire en raison de cas de médecins agissant mal, etc.

La commissaire PLR estime que toutes les interventions qui ne relèvent pas d'un protocole médical sont considérées comme de la médecine expérimentale. Cependant, il est crucial de laisser une marge de manœuvre aux médecins. Il est donc dans l'intérêt du législateur de définir des protocoles clairs et exhaustifs pour protéger à la fois les médecins et les patients. Cela pourrait aussi aider à sortir les interventions de réassignation sexuelle du cadre de la médecine expérimentale.

Le Prof. Tanquerel ne pense pas que le rôle du parlement soit de définir des protocoles médicaux.

Après la sortie des auditionnés, une commissaire PLR demande au département s'il est possible d'espérer une proposition d'amendement émanant du département pour intégrer le projet de loi 13327 à la LED-Genre.

La représentante du département Perrine Duteil précise que le projet de loi n'avait pas été intégré dans la LED-Genre initialement en raison notamment de l'inclusion de sanctions, qui ne sont pas prévues dans la LED-Genre actuelle. Le Conseil d'Etat ne savait en outre pas si la LED-Genre allait être acceptée.

Concernant la protection des données, elle explique que le préposé à la protection des données avait déjà demandé une clarification sur les types de données qui seraient collectées et la liste des entités concernées. Le département avait alors prévu d'inclure ces informations dans un règlement plutôt que dans la loi, étant donné la possibilité que les entités concernées puissent évoluer avec le temps. L'objectif de la transmission spontanée de données est de faciliter la coordination entre autorités et la collaboration avec les autres départements et services de l'Etat concernés.

Nouvelle audition de Pierre Maudet, conseiller d'Etat, DSM, et de Panteleimon Giannakopoulos, directeur général a.i. de l'office cantonal de la santé, DSM

Le conseiller d'Etat Pierre Maudet propose de commencer par donner l'avis du département sur la motion, qui a soulevé des questions, notamment en ce qui concerne l'exposé des motifs. Il se demande si elle s'adresse aux mineurs

ou aux majeurs, mais comprend qu'elle vise tout le monde, puisqu'aucune précision n'exclut les majeurs. Il n'accueille pas cette motion avec enthousiasme, car elle présente des éléments juridiques potentiellement rédhibitoires. Par exemple, la période de 18 mois, bien qu'intéressante, soulève des questions sur sa praticabilité. Un autre aspect juridique, déjà mentionné lors des débats liés au PL 13324, concerne le droit de disposer de son corps dans le domaine médical et la question de l'âge à partir duquel ce droit s'applique. Il propose que Perrine Duteil examine ensuite la motion en détail avant que le Professeur Giannakopoulos n'intervienne.

La représentante du département Perrine Duteil commence par la première invite. Le DSM y est favorable, car elle est en accord avec ce que prévoit la LED-Genre. Elle rappelle que la mise en œuvre de la LED-Genre est assurée par un groupe de travail transversal.

En ce qui concerne la deuxième invite, le DSM est plus réservé. Il n'est pas favorable à l'imposition d'un délai de 18 mois dans la loi, ce qui équivaut à l'introduction d'un moratoire. La problématique concerne surtout les personnes qui n'ont pas encore fait de demande formelle auprès d'une médecin, mais qui ont déjà mûrement réfléchi à leur transition de genre et donné leur consentement libre et éclairé. Elles ne devraient pas avoir à attendre ce délai légal. Un tel délai entrave l'accès aux soins pour les personnes transgenres, empêche la personnalisation du suivi des patientes, et peut être particulièrement dommageable pour celles qui souffrent d'une détresse profonde et qui ne peuvent se permettre d'attendre 18 mois.

Le conseiller d'Etat demande à quoi correspond exactement ce délai de 18 mois. Est-ce 18 mois à partir du début du suivi médical et psychologique, ou bien 18 mois avant de pouvoir commencer un traitement ? Perrine Duteil comprend que la deuxième invite exige une demande médicale formelle, ce qui implique que les discussions antérieures avec une enseignante ou en privé ne sont pas prises en compte. Cette invite pose problème, car certains aspects de la puberté sont irréversibles, tels que le développement des seins et d'autres changements corporels. Un délai de 18 mois pourrait être nuisible pour une personne qui traverse ces transformations. Par exemple, une mastectomie pourrait devenir nécessaire, et la mue de la voix est un phénomène irréversible que l'utilisation de bloqueurs de puberté aurait pu prévenir.

Si une personne doit attendre 18 mois, la puberté peut s'installer, entraînant des caractéristiques visibles comme une voix plus grave ou une croissance des mains et des pieds, et des difficultés au quotidien, comme le fait de cacher sa poitrine. Les bloqueurs permettent de retarder ces effets et d'éviter des traitements plus invasifs. Un délai de 18 mois tel que prévu par la motion signifie que la personne attend sans avoir accès à ces bloqueurs.

Elle soulève également le problème de la restriction de la liberté personnelle et de l'autodétermination. Même si une personne est capable de discernement, consciente des risques, et a subi une évaluation approfondie des bénéfices et des risques, la loi l'empêcherait d'avancer, même si elle remplit toutes les conditions. De plus, avant qu'un diagnostic de dysphorie de genre soit posé, il faut une incongruité marquée entre le sexe assigné à la naissance et le ressenti de l'identité de genre depuis six mois au moins et une importante souffrance, ce qui montre que la personne se questionne et souffre en lien avec son identité de genre depuis un certain temps.

Rien n'est fait de manière précipitée, que ce soit aux HUG ou dans le privé, et les bloqueurs de puberté ne sont prescrits qu'après plusieurs mois de suivi. Le processus est donc déjà rigoureux et non précipité, avec un suivi par des spécialistes.

En ce qui concerne la troisième invite, elle précise que l'encadrement pluridisciplinaire est déjà en place aux HUG, et que cette même approche est observée dans le secteur privé. Une fois le cadre du traitement établi, il y a une collaboration entre psychiatres, pédiatres, endocrinologues, etc., pour administrer l'hormonothérapie ou les bloqueurs de puberté. Bien que formaliser cette pratique soit une option à évaluer, cela impliquerait de codifier une procédure déjà en vigueur aux HUG.

Pour la quatrième invite, elle souligne que l'intégration des parents est plus que souhaitée et recherchée aux HUG comme dans le privé. Cependant, exiger leur consentement pourrait aller à l'encontre du droit civil, car ce dernier considère que la décision de suivre un traitement est strictement personnelle. Dès que la capacité de discernement est établie, l'enfant doit pouvoir décider du traitement qu'il souhaite suivre, et les parents ne peuvent pas décider à sa place. Selon le développement de l'enfant, le médecin évalue au cas par cas la capacité de discernement, et c'est à lui de prendre cette décision. Si le consentement des parents n'est pas obtenu, exiger de passer devant une juge pourrait rallonger la procédure et retarder l'accès aux soins.

Sur la cinquième invite, elle précise qu'il y a une différence entre un traitement « off-label » et un traitement expérimental. Les traitements off-label sont utilisés dans toutes les spécialités médicales, y compris en pédiatrie. Les bloqueurs de puberté sont utilisés pour traiter la puberté précoce, donc les effets secondaires sont bien connus. Cela fait déjà quinze ans que l'hormonothérapie est utilisée de cette manière.

Enfin, pour la sixième invite, elle questionne à nouveau si le législateur doit vraiment s'immiscer dans les protocoles médicaux. Elle s'interroge aussi sur l'obligation de participer à des projets de recherche : en droit suisse, cela n'est

pas prévu. Participer à la recherche clinique est volontaire, et une patiente ne peut pas être forcée à participer à un projet de recherche pour recevoir un traitement.

Le Prof. Giannakopoulos souligne que le débat est particulièrement sensible tant au niveau sociétal que médical, en raison des implications des interventions médicales et des questions liées à la réversibilité. Ce sujet est bien connu depuis longtemps, bien que la pratique en Suisse soit relativement récente. Il a commencé sa carrière en Angleterre, où il était nécessaire d'obtenir l'avis d'un psychiatre avant de procéder à un avortement. Il constate que cette problématique est reconnue dans divers pays. Un autre exemple pertinent est la demande d'hystérectomie pour endométriose. Aujourd'hui, le préavis psychiatrique n'est plus obligatoire dans de nombreux cas, ce qui illustre la sensibilité des questions de réversibilité.

Il est également important de noter que les traitements « off-label » et expérimentaux, comme ceux destinés à la dysphorie de genre, sont parfois étendus au-delà des indications initiales sans disposer de données complètes. Par exemple, certains médicaments conçus pour des affections spécifiques peuvent également être prescrits pour d'autres indications.

Il distingue trois niveaux de preuve pour les interventions :

1. **Consensus d'expertes** : L'intervention est soutenue par les avis d'expertes, bien que les preuves soient moins robustes.
2. **Suivi de cohorte** : Les traitements sont administrés, et un suivi longitudinal permet d'évaluer si les patientes s'améliorent au fil du temps.
3. **Essai contrôlé randomisé** : Comparaison des traitements avec des placebos pour obtenir des preuves plus solides.

Dans les pays nordiques, les changements de genre sont suivis dans des registres longitudinaux afin d'évaluer les bénéfices et les complications associés aux interventions. Les types de traitement comprennent :

1. **Bloqueurs de puberté** : Réversibles, ces traitements ralentissent le déclenchement hormonal sans effets irréversibles.
2. **Hormonothérapie** : Plus irréversible, elle peut entraîner des changements hormonaux permanents, tels que la perte de la capacité de procréation.
3. **Chirurgie de changement de sexe** : Interventions extrêmement complexes et spécialisées.

Actuellement, la politique est très restrictive. Aux HUG, les bloqueurs de puberté sont administrés jusqu'à 18 ans, ce qui est considéré comme non

irréversible tant que la personne est mineure. De plus, les mineurs doivent obtenir l'accord des parents pour ces traitements. Les opérations d'assignation de genre sont inexistantes à Genève en raison du manque d'expertise et de la complexité des procédures.

La question demeure quant à la nécessité d'établir des centres hautement spécialisés en Suisse pour ces opérations. Le débat évolue rapidement, avec des associations qui militent pour l'élargissement des accès aux traitements, tandis que d'autres restent critiques. Les enjeux pratiques et les actions possibles demeurent donc au centre des discussions.

Une commissaire PLR exprime sa préoccupation pour l'avenir de la jeunesse, étant donné l'orientation politique que semble prendre le département. Elle craint que cette direction ne soit pas pleinement en phase avec les besoins et les réalités des jeunes concernés.

Elle est particulièrement inquiète quant à la décision de ne pas inclure un délai de 18 mois, surtout compte tenu de la justification fournie par le département, qui affirme la nécessité d'agir rapidement. Cette approche lui semble problématique en raison des implications pour les jeunes en période de grande incertitude.

Elle trouve que les auditions des HUG ont été rassurantes et souligne l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire. Cependant, elle note que la situation dans le secteur privé est plus complexe et qu'il est difficile de connaître les pratiques exactes. Elle souligne qu'actuellement, bien que la législation n'exige pas l'avis d'un psychiatre pour une stérilisation, la pratique courante le demande. Elle estime qu'il serait pertinent, par analogie, de requérir l'accord des parents ou d'une juge avant de procéder à une intervention irréversible sur une adolescente. Cela permettrait de garantir que de telles décisions soient prises avec toute la prudence nécessaire.

Elle comprend bien que les opérations de changement de sexe ne sont pas réalisées à Genève, mais elle souligne que les prescriptions de médecins genevois pour des ablations mammaires chez des mineurs, même si les interventions sont effectuées à Zurich, lui posent problème.

Elle reconnaît la complexité juridique et la sensibilité du domaine, mais elle craint que la situation actuelle ne reflète un déséquilibre, où les jeunes en période difficile pourraient se retrouver mal orientés. Elle mentionne que des discussions au sein des milieux LGB soulignent les risques potentiels de sacrifier la jeunesse LGB, en suggérant qu'il pourrait devenir plus facile de procéder à une « transformation de sexe » pour devenir un homme hétéro plutôt que de s'assumer en tant que femme homosexuelle. Elle considère qu'il est crucial de ne pas se précipiter dans ces décisions afin de garantir que les

choix effectués sont bien réfléchis et adaptés aux besoins individuels des jeunes.

Pierre Maudet explique qu'il suit l'approche développée par Perrine Duteil, en se concentrant sur les aspects légistiques, notamment la question de l'interférence du législateur dans le domaine médical, en particulier pour la deuxième invite. Il comprend que, même si la motion est en cours, elle demanderait au gouvernement de la traduire en pratiques concrètes. L'objectif est de réduire autant que possible l'ambiguïté des pratiques, en espérant qu'à l'issue du débat, la motion, si elle est adoptée, sera claire et précise.

Le deuxième élément qu'il souhaite clarifier est qu'il n'est pas question de se démarquer ou de se désengager des responsabilités. Il souligne que la réflexion actuelle vise à aborder la complexité des opérations chirurgicales, qui sont non seulement irréversibles, mais aussi extrêmement rares et spécialisées. L'intention n'est pas de refuser ces interventions à Genève, mais de proposer leur intégration dans le système de soins de la médecine hautement spécialisée (ci-après MHS). L'idée est de centraliser ces opérations en un lieu spécifique tout en contribuant à cette répartition. Il n'y a aucune volonté d'exclure Genève de ces pratiques, mais plutôt de réfléchir à leur intégration dans le cadre de la MHS.

Le Prof. Giannakopoulos explique que la question est délicate : bien que la torsoplastie, qui est une intervention d'ablation mammaire, ne soit pas considérée comme hautement spécialisée, elle pourrait théoriquement être réalisée aux HUG. Cependant, il semble que cette procédure ne soit pas effectuée dans le cadre du traitement de la dysphorie de genre. Il souligne également que de nombreuses personnes, y compris celles qui ne souffrent pas de dysphorie de genre, choisissent de se faire opérer à l'étranger, notamment en Espagne, en raison de coûts souvent plus bas. Les HUG adoptent une approche prudente et relativement conservatrice vis-à-vis de ce type de soins. Il mentionne que l'assurance de base ne couvre en effet pas ce type de chirurgie.

Aussi, le lien entre genre et sexualité est très complexe. Jusqu'à présent, l'assignation de genre a souvent été associée à des aspects de la sexualité. Cependant, il existe plusieurs personnes qui subissent une torsoplastie et se définissent comme asexuels, ce qui indique que leur intervention n'implique pas nécessairement des considérations sexuelles. Contrairement à la conception antérieure où genre et sexualité étaient souvent traités conjointement, ce n'est plus le cas dans ce domaine.

Une commissaire PLR revient sur le fait qu'il a été mentionné que l'attestation de dysphorie de genre nécessite une période de six mois.

Cependant, elle souligne que, dans certains cas, des ablations de seins ont été prescrites après seulement trois séances. Perrine Duteil précise qu'il s'agit de six mois de dysphorie ressentie par la patiente et non de consultation. La commissaire PLR en déduit qu'il suffit à la patiente d'affirmer que la dysphorie de genre a été ressentie pendant six mois. Il lui est répondu que la médecin doit s'assurer que la dysphorie de genre a effectivement été ressentie pendant une période de 6 mois, en évaluant soigneusement la situation de la patiente. La commissaire PLR imagine que la médecin se base sur la parole de la patiente pour évaluer la durée de la dysphorie de genre.

Une autre commissaire PLR souhaite revenir sur l'esprit de la motion : il n'est pour elle pas surprenant que le PLR se saisisse du sujet, car le parti perçoit un débat polarisé où, d'un côté, le projet de loi semble très permissif et insuffisamment prudent, et de l'autre, certains groupes militent pour une interdiction totale. Le PLR estime qu'il est crucial de faire preuve de prudence tout en permettant aux personnes véritablement dans le besoin de progresser. Elle précise que la motion concerne principalement les mineurs, car à la majorité, la décision peut être prise de manière autonome.

Elle distingue deux catégories de personnes mineures : celles qui, influencées par les phénomènes de mode ou les incertitudes liées à leur sexualité, participent à un débat émotionnellement polarisant, et celles qui nécessitent un soutien réel. Leur préoccupation principale est de venir en aide à celles qui ont véritablement besoin de ce soutien. Ils cherchent à éviter les extrêmes idéologiques de permissivité ou d'interdiction, en se concentrant sur les personnes qui ont besoin d'une aide appropriée.

Elle appelle à une centralisation éthique et souhaite que les HUG assument pleinement la responsabilité de cette question. Concernant la période de 18 mois, elle explique qu'une enfant de 13 ans, si elle est réellement convaincue, pourrait commencer la procédure à partir de 14 ans et demi, tout en restant dans un cadre prudent et proportionné.

Elle s'étonne de l'absence de discussion sur le discernement éclairé. Bien que la capacité de discernement soit essentielle, elle note qu'il est difficile de déterminer si ce discernement est véritablement éclairé, comme le démontrent certaines études médicales. Elle se considère comme partisane de la science et estime que les autorités devraient fournir une orientation claire tout en condamnant la transphobie. Elle reconnaît que les politiques ne sont pas des médecins et ne peuvent que fournir des impulsions politiques, sans autorisation scientifique.

Elle se réfère au rapport Cass, qui souligne la nécessité de mener davantage de recherches sur les bloqueurs de puberté, car leur fiabilité reste limitée. Elle

plaide pour un investissement accru dans la recherche pour obtenir des données plus solides. Enfin, elle s'interroge sur le fait que les bloqueurs de puberté sont utilisés uniquement jusqu'à 18 ans et se demande si, après cette période, des traitements hormonaux sont prescrits.

Le Prof. Giannakopoulos indique que la pratique des HUG consiste à administrer des bloqueurs de puberté jusqu'à 18 ans, puis à prescrire des traitements hormonaux après cette période. La commissaire PLR exprime sa perplexité face à la situation, soulignant la difficulté de concilier les exigences de rapidité dans les cas urgents avec une politique qui impose le début des traitements hormonaux uniquement à partir de la majorité. Elle se questionne sur la manière dont cette approche peut répondre efficacement aux besoins urgents des patientes, lorsqu'une intervention rapide pourrait être nécessaire.

Pierre Maudet précise que le Conseil d'Etat examinera le rapport Cass avant de prendre une position politique définitive. Le Prof. Giannakopoulos pourra, s'il le souhaite, transmettre son avis médical sur le rapport, mais cela ne constituera pas la position officielle du Conseil d'Etat. Il n'a jamais suggéré que la politique ne devrait pas se prononcer sur ces questions ; il reconnaît que le débat politique est essentiel. Ce qu'il souligne, c'est que l'intervention du législateur dans le domaine médical pose des questions importantes. Heureusement, les commissions parlementaires sont en place pour examiner ces questions en profondeur.

Il ajoute que, en ce qui concerne les droits civils, il existe un concept juridique clair qui doit être respecté : la personne mineure capable de discernement est seule habilitée à exercer ses droits strictement personnels. Ce cadre légal doit être respecté, et le rôle de l'exécutif est limité dans ce domaine. La capacité de discernement, une fois établie, doit prévaloir sur d'autres considérations. Les questions qui surgissent à ce sujet doivent être tranchées par les tribunaux et non par le législateur ou l'exécutif. Il est essentiel que le débat politique se concentre sur le rôle du législateur, tout en respectant les cadres législatifs existants. La législation actuelle est claire et ne changera pas au niveau fédéral concernant les droits personnels et les domaines médicaux protégés.

La motion, telle qu'elle est formulée, semble ne pas distinguer suffisamment entre personnes mineures et majeures, ce qui pourrait entraîner une confusion. Il est donc crucial de clarifier si la motion concerne uniquement les mineurs ou si elle englobe également les majeurs, afin d'éviter toute ambiguïté supplémentaire.

Le Prof. Giannakopoulos indique que les résultats du rapport Cass sont prévisibles, soulignant le besoin de poursuivre les recherches dans ce domaine,

étant donné que les traitements actuels sont encore largement expérimentaux. Le rapport met en lumière le manque d'études longitudinales sur les bloqueurs de puberté, ce qui limite la compréhension de leurs effets à long terme. Ces bloqueurs peuvent inhiber la puberté de manière variable, et il existe des cas où leur action contre les hormones naturelles peut être inégale.

Dans les pays nordiques, les études montrent des résultats divers, souvent influencés par la fragilité psychologique des personnes qui demandent de l'aide. Il est important de reconnaître que ces individus sont souvent déjà vulnérables sur le plan psychologique, ce qui rend l'évolution de leur état difficile à prévoir de manière linéaire. Simplifier la situation en affirmant que la réassignation de genre est une solution magique est trompeur. Le feed-back à court terme peut être positif, mais il n'est pas suffisant pour évaluer les effets à long terme.

Il est crucial de répondre à l'urgence et à la détresse psychologique des personnes sans négliger la nécessité de garantir une certaine réversibilité des traitements. L'abstentionnisme n'est pas une option viable. La détresse intense peut conduire certains individus à adopter des comportements suicidaires ou parasuicidaires. Les HUG s'efforcent de fournir des solutions appropriées tout en préservant l'avenir des patientes. Les effets des bloqueurs de puberté peuvent être variables, et face à une détresse non prise en charge rapidement, certaines pourraient être tentées de chercher des solutions plus radicales à l'étranger.

La commissaire PLR trouve intéressant que le débat inclue la question de savoir si l'abstentionnisme est une solution face au risque de suicide. Le professeur indique avoir indiqué que l'abstentionnisme n'est pas une solution face à la détresse.

La commissaire libérale-radicale observe que le chantage émotionnel est parfois utilisé dans ce débat, avec l'argument du suicide souvent mis en avant. L'abstentionnisme peut effectivement être approprié dans certaines situations, mais la question centrale est de déterminer jusqu'à quel point il est acceptable d'être abstentionniste par rapport à la nécessité d'agir de manière proactive. L'argument selon lequel une transition de genre est nécessaire pour éviter le suicide revient fréquemment.

Le Prof. Giannakopoulos comprend les préoccupations exprimées, mais il ne peut pas pour autant prendre de décisions hâtives. Il ne peut pas simplement se contenter de dire aux personnes concernées de revenir à 16 ou 18 ans. Il est essentiel de prendre en compte toutes les dimensions de la question. C'est pourquoi une approche pluridisciplinaire est cruciale : elle permet de

bénéficier d'un regard croisé, car une seule perspective ne suffit pas pour traiter ces questions complexes.

Un commissaire UDC désire obtenir l'avis du magistrat sur la question de l'intervention législative dans le domaine médical, soulignant que ce phénomène n'est pas isolé. Il le compare à d'autres domaines législatifs comme les délais pour l'avortement ou les questions de consentement pour le don d'organes post-mortem, où le législateur a dû poser des principes généraux sur des questions de société, plutôt que de se concentrer uniquement sur des aspects techniques.

Il évoque le PL 13327 et indique que plusieurs pays, y compris la France, ont décidé de suspendre ou de réévaluer leurs politiques en raison du manque de données adéquates. Cette situation, selon lui, devrait servir de signal d'alarme et il exprime son inquiétude quant à une possible orientation similaire de la Suisse sans une base d'informations suffisante. Il souhaite savoir si le magistrat soutient encore le PL 13327, dont il avait hérité de la législature antérieure. Il se demande également si le Conseil d'Etat maintient toujours la menace d'une amende de 100 000 F pour les parents, une question qu'il estime nécessiter une réévaluation à la lumière des développements récents et de nouvelles réflexions sur le sujet.

Pierre Maudet répond que le Conseil d'Etat défend toujours le PL 13327 d'un point de vue institutionnel. Au niveau national, les discussions sont en cours, mais il n'est pas certain que la question soit abordée au niveau adéquat. La législation en question est principalement fédérale, avec des aspects comme le consentement présumé parfois soumis au référendum populaire au niveau fédéral. Le Conseil d'Etat n'a pas redébattu sur cette question et, par conséquent, n'a pas d'opinion différente de celle exprimée lors du dépôt par Mauro Poggia. Cependant, il n'est pas exclu que le Conseil d'Etat reconsidère la question en fonction des avancées des travaux de la commission. Pour l'instant, le Conseil d'Etat soutient toujours le PL 13327.

Un commissaire S évoque la tendance à projeter des visions morales et sociétales dans le domaine médical, ce qui pourrait conduire à une réduction des libertés individuelles et soulever des problèmes juridiques. Selon lui, il est inacceptable d'intégrer dans la pratique ce qui ne devrait pas être inscrit dans la loi, et il s'inquiète de la rapidité avec laquelle ces questions sont abordées. Il remet en question l'acceptabilité de faire passer des mesures qui ne sont pas claires dans le texte législatif, mais qui pourraient être imposées par la pratique. Il souligne que cela reflète un point de vue politique qui peut nuire à l'équilibre entre législation et liberté individuelle.

Pierre Maudet précise avoir bien compris le fond de la motion, qui semble transférer la responsabilité au département et confier la mise en œuvre des recommandations à ce dernier. Bien qu'il accepte la dynamique entre le parlement et le gouvernement, il souligne avec une grande humilité que l'on est encore en phase de tâtonnements.

Il défend les pratiques des HUG, en notant que le Prof. Arnaud Perrier, directeur médical des HUG, a fait preuve de grande rationalité et de sérieux dans ces discussions. Toutefois, certaines pratiques demeurent encore incertaines et nécessitent une évaluation approfondie. Il souligne également que la question du contrôle judiciaire pourrait émerger. L'acceptabilité de la motion, qui propose d'adopter des pratiques encore en cours de définition, doit être examinée avec soin pour garantir que les objectifs visés seront atteints de manière adéquate.

Une commissaire LC souligne que la question du discernement ne devrait pas être réduite à un simple critère d'âge de 18 ans. Il est essentiel d'évaluer la capacité de discernement, c'est-à-dire la capacité d'un individu à comprendre les conséquences de ses choix. Il est évident qu'une personne mineure, en raison de son manque d'expérience, peut ne pas être en mesure d'évaluer ces conséquences en toute connaissance de cause.

Elle fait référence au document du Prof. Samia Hurst-Majno des HUG, qui définit la capacité de discernement des enfants comme devant être jugé individuellement entre 12 et 16 ans. Au-delà de 16 ans, la capacité à prendre des décisions pourrait être admise pour des choix sans gravité, tandis que pour des décisions plus lourdes, un accord légal serait nécessaire, avec une présomption de discernement à l'approche des 18 ans.

Elle souhaite entendre davantage sur cette notion de capacité de discernement, en la distinguant de l'âge, pour clarifier ce concept crucial et s'assurer qu'il est correctement compris et appliqué.

Pierre Maudet précise que la référence à l'âge de raison, généralement fixé à 7 ans, ne correspond pas directement à la notion de discernement, qui varie selon les contextes légaux et culturels. L'âge de la majorité légale, qui diffère d'un pays à l'autre et même d'un canton à l'autre, est souvent fixé à 18 ans, mais des exceptions existent, comme à 16 ans pour certains aspects civiques. La responsabilité pénale est souvent atténuée jusqu'à 25 ans, illustrant les différences en fonction de l'âge.

La capacité de discernement ne peut pas être déterminée de manière absolue et doit être évaluée au cas par cas. Dans les situations complexes, comme celles qui concernent des restrictions de liberté, il est nécessaire de faire une évaluation concrète par une instance judiciaire. Il est essentiel

d'étudier la jurisprudence pertinente dans le domaine médical pour comprendre comment la capacité de discernement se traduit dans des situations spécifiques.

Il souligne que dans le domaine économique, par exemple, la possibilité de contracter a été modifiée dans les années 1990 en abaissant l'âge à partir duquel on peut engager des responsabilités importantes, avec une évaluation de la capacité de discernement qui reste cruciale. Il est donc important de dissocier l'âge précis de la capacité de discernement et de l'étudier dans chaque contexte spécifique pour une évaluation appropriée.

Un commissaire UDC évoque la question du discernement dans le domaine médical, en soulignant que le consentement éclairé est crucial, mais difficile à obtenir à un jeune âge. Il se demande comment un mineur peut pleinement entrevoir les conséquences à long terme d'une intervention, étant donné son manque d'expérience de vie. Cette difficulté soulève des questions sur la capacité réelle à donner un consentement éclairé.

Il précise que, selon la position des HUG, certaines interventions comme les mastectomies pour mineurs ne sont pas pratiquées au sein de l'institution. Cependant, il s'interroge sur la délimitation du périmètre des HUG en ce qui concerne les soins fournis. Il mentionne que les ordonnances discutées ont été rédigées par un psychiatre qui travaille également à mi-temps pour l'Office médico-pédagogique du DIP. Cette situation soulève des questions sur la manière dont les décisions prises par une personne ayant une double fonction (à la fois psychiatre et fonctionnaire) sont considérées et intégrées dans le cadre des pratiques des HUG.

Il souligne également que les limites de la réversibilité des traitements doivent être clarifiées, en particulier en ce qui concerne les interventions chirurgicales, notamment les chirurgies génitales, et non seulement les procédures comme les torsoplasties.

Le Prof. Giannakopoulos rejoint les propos sur l'idée de consentement éclairé, qu'il retrouve également dans d'autres situations où la valeur de la parole des parents ou des enfants est reconnue selon leur âge et la nature des décisions. Par exemple, pour des décisions majeures comme la garde parentale, l'avis d'un enfant de 14 ans devient audible et doit être respecté. Il souligne que, pour des sujets aussi spécifiques que les interventions médicales, la capacité de discernement doit être évaluée au cas par cas et nécessite une approche pluridisciplinaire.

Il pense que la procédure via le TPAE devrait être considérée comme une mesure ultime plutôt que comme une première ligne d'action. Une évaluation pluridisciplinaire permettrait de déterminer si une personne peut juger des

conséquences de ses choix à court et à long terme, en tenant compte de la spécificité de chaque cas. Actuellement, les prescriptions d'hormonothérapie aux HUG nécessitent l'accord des parents, respectant ainsi les pratiques établies.

Il ne croit pas qu'une approche péremptoire soit appropriée et estime qu'aucun individu ou institution ne détient la vérité absolue sur ces questions complexes. Il souligne que si les discussions évoquées considèrent les interventions comme relevant de la MHS et qu'un centre spécialisé devait être établi à Genève, le canton se verrait alors attribuer une grande responsabilité. Ce centre devrait prendre en compte les préoccupations relatives à l'usage et éviter à la fois une permissivité excessive et une restriction trop stricte. Il précise également qu'il lui est parfois arrivé de déconseiller certaines interventions dans sa pratique.

Il réaffirme l'importance de centraliser les évaluations et de mener des évaluations pluridisciplinaires, en veillant à ce que le consentement éclairé soit systématiquement inclus dans le processus.

Un commissaire UDC évoque la question de l'irréversibilité en soulignant que bien que les bloqueurs de puberté soient considérés comme réversibles, certains aspects présentent des effets irréversibles. Il explique que, selon les endocrinologues, la puberté joue un rôle crucial dans le développement de l'ossature, processus qui se poursuit jusqu'à environ 25 ans, moment où les deux tiers de la masse osseuse sont constitués. Il note qu'il est difficile de dissocier les effets de la puberté sur le développement sexuel de ses impacts physiques globaux, comme la densité osseuse. Ainsi, une carence en hormones naturelles pendant cette période pourrait entraîner des conséquences irréversibles sur la masse osseuse et, par conséquent, sur la santé générale.

Le Prof. Giannakopoulos indique que la question de la réversibilité concerne principalement l'utilisation des bloqueurs de puberté comme solution à court terme, ne dépassant pas un ou deux ans. Ces traitements ne sont pas administrés pendant des périodes prolongées, telles que dix ans, en raison de leurs effets secondaires évidents.

A la question de savoir ce qu'il se passe lorsque la durée de court terme est dépassée, le professeur explique que la médecine ne fonctionne pas selon un principe de tout ou rien, mais plutôt avec des nuances, où chaque intervention doit être mesurée en fonction des bénéfices et des risques. Il insiste sur l'importance de respecter les processus naturels, tout en prenant en compte la détresse des individus et en les aidant jusqu'à un certain point, au-delà duquel la question de l'irréversibilité des interventions pourrait se poser.

Après la sortie des auditionnés, la représentante du département indique que les départements concernés sont toujours en train d'étudier une transposition du PL 13327 dans la LED-Genre mais également une éventuelle transposition dans la loi sur la santé.

Audition de Lyo Kessler

Lyo Kessler se présente, elle se considère comme femme et est née sous le nom de Hélène en 1989, dans une famille aisée. Elle n'a jamais manqué de rien, entourée de ses parents, frères et sœurs. À 24 ans, sa vie a basculé lorsqu'on lui a diagnostiqué la souffrance qu'elle ressentait depuis l'enfance. Dès l'âge de 3 ans, elle rejetait les signes associés à la féminité : les couleurs vives comme le rose, les jouets, et même son prénom. A l'adolescence, lorsque son corps a commencé à changer, elle a très mal vécu cette transformation et le regard des autres, qu'elle trouvait contraignants. Elle a commencé à adopter des vêtements amples et des postures masculines, qui lui semblaient mieux correspondre à son ressenti. Elle est sortie avec des hommes et des femmes, avant d'avoir des relations exclusivement avec des femmes très féminines. Plus ces femmes semblaient parfaites, plus elle ressentait un malaise, rejetant ses seins et se sentant mi-homme, mi-femme, tout en ayant le sentiment de ne plus appartenir au « groupe des femmes » sans pour autant se sentir un homme.

Cette confusion a alimenté une profonde haine d'elle-même, une incompréhension de ce qu'elle ressentait, et un décalage avec les autres. Les psychologues ne comprenaient pas sa souffrance, jusqu'à ce qu'elle entre en contact avec une association trans dans le canton de Vaud. En découvrant ce monde, elle a enfin ressenti qu'elle pouvait être libre de penser comme elle le souhaitait. Elle ne souhaitait pas prendre de testostérone, mais voulait qu'on lui enlève ses seins, qu'elle appelait des « excès de graisse ». Elle ne comprenait pas pourquoi elle devait consulter un psychiatre, car elle ne se sentait pas malade. Cependant, c'était une étape obligatoire et, après deux séances, elle a reçu un diagnostic de transsexualité avec dysphorie de genre persistante depuis l'enfance.

En 2015, elle a subi une mastectomie (ablation des seins). La sortie de l'opération a été très difficile. Elle l'a très mal vécue, au point de songer au suicide. La communauté trans lui a assuré que c'était normal et que cela passerait avec le temps. Convaincue qu'elle était bien trans, elle a commencé un traitement hormonal en 2016 et a changé ses papiers d'identité. En 2018, elle a subi une stérilisation complète, avec une ovariectomie et une hystérectomie. Elle s'est renseignée sur la chirurgie des organes génitaux, mais en raison des complications possibles, elle a décidé d'attendre une avancée

technologique. Durant cette période, elle a rencontré une femme avec qui elle est restée plusieurs années. Elle a vécu pendant dix ans comme un homme.

Cependant, ses souffrances ne disparaissaient pas. Il n'était pas toujours facile d'être un homme dans toutes les circonstances, notamment dans les moments qui rappelaient l'intimité du quotidien. Elle était également confrontée à des discours affirmant que « femme » ne signifie pas nécessairement avoir des ovaires, un utérus ou des seins. Cela a provoqué une dissonance cognitive chez elle : après avoir « mutilé » son corps et retiré des organes, elle a pris conscience qu'elle ne pouvait se reconnaître que comme une femme, malgré toutes ces transformations. Ce constat a accentué son mal-être, mais elle a fini par accepter que les termes utilisés pour ses organes étaient bien ceux d'une femme, et qu'elle en était une, tout simplement.

Après des années de lutte pour être reconnue en tant qu'homme par sa famille, ses amies et la société, des années de colère et de batailles pour qu'on l'appelle par le bon prénom et qu'elle ait accès aux soins plus rapidement, elle sait aujourd'hui ce que signifie être trans. Bien qu'elle considère aujourd'hui ne plus avoir été trans aujourd'hui, mais d'avoir été en transe.

Elle note que deux discours s'opposent aujourd'hui : celui affirmant que la transidentité existe fondamentalement, que les enfants transgenres souffrent et qu'il est essentiel de les accompagner au mieux, et celui qui considère la transidentité comme une construction psychologique et culturelle. Si la transidentité est considérée comme une construction psychologique et culturelle, cela signifierait que les personnes qui en souffrent vivent dans un « délire ». Dans ce cas, elle estime que la meilleure solution n'est pas nécessairement de recourir à des traitements irréversibles pour des personnes qui sont dans cet état de confusion.

Un commissaire S souhaite savoir quels éléments lui permettent d'avancer, en tant que personne cisgenre selon ses dires, que son expérience vaut pour l'ensemble de la population transgenre.

Lyo Kessler explique que le fait que des personnes transgenres se disent heureuses après leur transition n'est pas un indicateur fiable pour affirmer que la démarche était la bonne. Être heureux n'est pas nécessairement le signe que l'on a pris la meilleure décision, car de nombreux facteurs peuvent rendre une personne heureuse. Elle justifie l'idée que si des adultes disent qu'elles sont nées ainsi, ou qu'elles sont comme cela depuis petites, cela voudrait dire qu'il y aurait aussi des enfants transgenres et que, de ce fait, il serait légitime de les prendre en charge. Elle affirme cependant que la transidentité n'existe pas. Elle est née avec une parfaite conformité biologique. Selon cette perspective, si la

transidentité n'est pas une condition biologique comme le fait d'être homme, femme ou intersexe, cela signifie que c'est une construction psychologique.

Le commissaire S demande que s'il comprend donc bien, selon elle, les interventions chirurgicales « à visée esthétique » pour les personnes transgenres devraient être interdites.

Lyo Kessler explique que la chirurgie est le socle qui permet de modifier l'apparence du corps sans forcément traiter la souffrance intérieure. A l'origine, la chirurgie esthétique a été développée pour réparer les blessures des soldats de guerre, puis pour corriger les malformations congénitales. Aujourd'hui, cette chirurgie esthétique a évolué pour inclure la prise en charge des personnes transgenres. Toutefois, elle souligne que cette capacité à transformer le corps ne signifie pas forcément que cela résout la souffrance ou le mal-être sous-jacent.

Le commissaire socialiste aimerait savoir si elle a eu l'impression, au début de son parcours de transition, d'avoir subi cette pression sociale de manière intense. Comment évalue-t-elle cette pression ? Quelle place accorde-t-elle à la discrimination dans le processus ?

Lyo Kessler estime que la lutte contre les stéréotypes est une fausse lutte. Selon elle, vivre en société implique un besoin fondamental de se sentir en sécurité et de pouvoir communiquer facilement, ce qui passe souvent par l'identification des autres à des « cases » comme « gay » ou « pas gay ». Ces stéréotypes facilitent la communication et renforcent ce sentiment de sécurité. Cependant, elle observe aussi l'influence de l'économie de marché qui exploite ces stéréotypes : par exemple, les femmes sont incitées à acheter des crèmes pour ne pas vieillir ou pour rester minces. Cette structure de marché renforce les stéréotypes, qui finissent par devenir des formes d'oppression.

Elle souligne qu'il faut distinguer les stéréotypes qui sont normaux et nécessaires pour vivre en société de ceux qui sont exacerbés par l'économie de marché, laquelle structure et renforce les traits associés aux hommes et aux femmes, ce qui aggrave la situation.

Le commissaire socialiste lui demande quelle est alors sa position par rapport à la non-binarité, qui semble offrir une échappatoire aux stéréotypes de genre. Il imagine que, si l'on suit son discours, cela pourrait permettre de se libérer de la pression d'être catégorisé comme homme ou femme. Lyo Kessler explique que la non-binarité est, selon elle, un concept flou, à la fois défini et indéfini. Elle prend l'exemple de la pansexualité, se demandant ce que cela signifie vraiment : cela implique-t-il d'avoir des relations avec des personnes qui ne sont ni hommes ni femmes ? Elle n'en est pas certaine. Pour elle, les

concepts d'homosexualité, d'hétérosexualité ou de bisexualité se rapportent toujours à des relations avec des hommes ou des femmes.

Elle souligne que chaque individu a son propre ressenti, et avec 9 milliards de personnes sur Terre, il existe 9 milliards de façons différentes de se sentir ou d'être. Toutefois, elle pense que le sexe ne peut pas être dissocié de la personne, même si l'on perçoit les choses différemment. Elle affirme qu'il n'y a toujours que des hommes et des femmes. Par ailleurs, elle ajoute que même si un homme non binaire et une femme non binaire ont des enfants, ces derniers seront toujours un homme et une femme qui ont des enfants.

Le commissaire S croit comprendre, à travers son témoignage, que son parcours de transition a été source de difficultés et de souffrance. Il se demande ce qui aurait pu être fait différemment. Si elle avait pu identifier son mal-être ou son identité différemment dès le départ, est-ce qu'elle pense que cela aurait pu atténuer la pression qu'elle a ressentie et éviter certains des problèmes rencontrés ?

Lyo Kessler souligne que la pression vient en partie de l'économie de marché, mais elle reconnaît également que les stéréotypes jouent un rôle utile dans la société, en aidant les gens à se reconnaître et à se sentir en sécurité. Le problème, selon elle, réside dans le fait qu'on lui ait diagnostiqué quelque chose au lieu de l'aider à se réconcilier avec elle-même et à naviguer dans la complexité de la société dans laquelle elle vit. Au lieu de cela, on lui a dit : « Tu es ceci, donc nous allons t'aider à devenir cela. » Elle remet en question cette approche. Quant à la non-binarité, elle précise qu'elle n'y croit pas du tout et ne souscrit pas à ce concept.

Une commissaire PLR se demande ce qui, selon elle, a pu manquer ou ce qu'elle aurait souhaité voir différent dans sa prise en charge. Elle s'interroge également sur ce qu'elle considère comme erroné dans ce processus.

Lyo Kessler explique que lorsqu'elle est arrivée dans l'association, elle a constaté que ces personnes et ce récit existaient déjà sous une certaine forme. C'est comme si on construisait un récit pour donner une réalité à quelque chose, et en entrant dans ce cadre, elle a eu l'impression de correspondre à cette définition. Si cela existe pour d'autres, alors cela doit aussi exister pour elle. Son existence a ainsi pris forme à travers le récit d'autres personnes.

Cependant, elle aurait préféré que cette association n'existe pas. Elle aurait souhaité que les psychologues soient capables de traiter sa souffrance différemment, en lui offrant une autre définition de ce qu'elle ressentait, et en l'aidant à se réconcilier avec elle-même plutôt que de l'engager dans un parcours irréversible, dont elle ne comprenait pas pleinement la portée. Elle se

questionne sur la légitimité des « spécialistes » : spécialiste de quoi, exactement ?

La commissaire PLR exprime avoir l'impression qu'elle a peut-être été, ou est encore, une femme homosexuelle peu féminine, qui ne correspondait pas aux critères traditionnels de la féminité. Elle comprend que plutôt que d'être acceptée telle qu'elle était, elle a eu l'impression d'être invitée à passer dans une autre catégorie, celle des hommes.

Lyo Kessler explique qu'elle a été tour à tour une femme hétérosexuelle, une femme homosexuelle, puis un homme hétérosexuel et enfin un homme homosexuel, ce qui, selon elle, montre la porosité des catégories lorsqu'on ne parvient pas à les définir précisément. Elle s'était définie comme homosexuelle à 14 ans, mais aujourd'hui, elle pense plutôt être bisexuelle, même si ce modèle n'est pas très valorisé ou discuté. Ce n'est pas un modèle « idéal » car les catégories d'hétérosexualité et d'homosexualité ne correspondent pas à cela.

Elle ajoute que toute la communauté et la culture homosexuelles sont très présentes et influencent fortement les jeunes dans leur orientation. Elle pense qu'il est important de laisser du temps aux jeunes pour traiter ces questions de sexualité. Bien que certaines disent qu'elles savent dès quatre ans qu'elles sont homosexuelles, elle estime qu'il faut accorder du temps pour explorer ces questions au lieu de poser une étiquette définitive si tôt. Le fait d'avoir été définie comme homosexuelle à quatorze ans l'a empêchée de trouver un véritable sentiment d'appartenance, ce qui l'a poussée, à un moment donné, à se tourner vers l'autre côté : la transidentité.

La commissaire libérale-radicale remarque qu'elle a commencé sa transition relativement tard, après ses vingt ans. On dit souvent qu'il est important de commencer très jeune pour assurer une transition réussie, car au-delà, il serait plus difficile d'accomplir pleinement la transition. Elle s'interroge donc : est-ce que le fait d'avoir commencé tardivement a réellement entravé sa propre transition ?

Lyo Kessler explique qu'à partir du moment où elle a compris ce qu'était la transidentité, elle s'est battue pour être prise en charge le plus tôt possible, en espérant éviter les effets de la puberté. A l'époque, elle pensait que cela aurait été mieux pour elle. Cependant, aujourd'hui, à 35 ans, elle n'est plus d'accord avec cette démarche et ne comprend pas que l'on puisse embarquer de jeunes personnes dans ce processus.

Elle précise que, puisqu'elle ne croit plus que la transidentité existe réellement et la voit comme une construction culturelle, elle estime qu'il n'y a pas de personnes transgenres adultes au sens propre du terme. Par conséquent,

si cela n'existe pas chez les adultes, il ne peut pas y avoir d'enfants transgenres non plus.

Une autre commissaire PLR se demande si elle est d'accord avec l'idée qu'il faut accepter les gens tels qu'ils sont, que si un homme se sent femme ou qu'il décide de changer de sexe, il faut l'accepter. Elle souligne que l'essentiel est que chacune puisse se définir comme elle le souhaite. Elle mentionne avoir rencontré des personnes qui sont heureuses après avoir changé de sexe, et dit que, pour certaines, cela les a vraiment aidées. Finalement, ce qui compte, selon elle, c'est que les gens soient heureux.

Cependant, elle pense qu'il faut tout de même mettre des garde-fous au cas où une personne changerait d'avis. Mais si une personne change de sexe et est heureuse ainsi, elle se demande pourquoi chacun ne pourrait pas faire ce qu'il veut de son corps, tant que cela la rend heureuse.

Lyo Kessler explique que le fait d'être heureuse ne prouve rien en soi. Certaines personnes sont très heureuses de comportements violents, comme frapper leur femme, ou aller faire la guerre. Donc, si le bonheur devient un indicateur, cela peut poser beaucoup de problèmes. Pour elle, être heureux n'est pas un signe que la démarche entreprise est forcément juste ou raisonnable.

Elle estime que dans une société où la modification corporelle et la chirurgie esthétique sont banalisées, comme elle l'a vécu en portant des piercings qu'elle a ensuite enlevés, il est essentiel de comprendre pourquoi ces pratiques existent. Si on accepte l'idée que les modifications corporelles ne posent pas de problème, alors il ne devrait pas y avoir de souci si un homme veut se faire poser des seins ou enlever son pénis.

Cependant, pour elle, le problème réside dans le discours qui dit que les personnes sont « nées ainsi » ou que cette identité transgenre existe depuis toujours, comme si cela était une réalité fondamentale et inchangeable. Elle considère que cela est faux. Il y a une différence entre accepter que des gens souhaitent se faire opérer et soutenir un discours qui normalise la transformation physique comme quelque chose de fondamental et inné.

La commissaire PLR demande alors ce que l'on devrait dire à une personne qui est profondément dépressive, qui suit tous les traitements, change de sexe, et qui, ensuite, semble bien s'intégrer et ne présente plus de problèmes apparents ?

Lyo Kessler indique que, si on accompagne une personne dans son « délire » et qu'elle se sent bien après, c'est bien pour elle, mais cela ne suffit pas à justifier l'ensemble des conséquences. Elle s'inquiète des répercussions pour les femmes, les enfants et les hommes en général. Elle observe que, pour

une minorité de personnes qui se sentent bien et qui soutiennent un certain discours, il ne s'agit pas simplement de se sentir mieux personnellement, mais aussi de revendications qui cherchent à imposer des changements à l'échelle de la société. Ces revendications vont au-delà du bien-être individuel et visent à transformer des normes ou des acquis sociaux.

La commissaire PLR se demande si, au fond, il ne vaudrait pas mieux laisser les gens faire ce qu'ils veulent, à condition de mettre en place des garde-fous. Elle propose par exemple un temps d'attente, afin d'éviter que des personnes se retrouvent dans une situation similaire à la sienne, où elles pourraient regretter leurs choix irréversibles plus tard.

Lyo Kessler affirme qu'il est impossible d'éviter complètement ces situations. Selon elle, la seule manière de prévenir ces problèmes est de ne pas affirmer que la transidentité existe sous la forme revendiquée aujourd'hui. Elle reconnaît que l'on peut se sentir d'une certaine manière, et que la société pourrait accorder le droit de changer son corps en conséquence. Cependant, elle critique fortement le discours qui affirme que l'on est « née ainsi » ou que l'on est transgenre depuis l'enfance, particulièrement avec les jeunes transgenres. Pour elle, c'est un tout autre sujet, et elle pense que ce discours est erroné.

Une commissaire LC remarque qu'une étiquette de genre lui a été collée à un moment donné, et qu'il a été dit qu'elle était homme, puis femme. Elle demande confirmation que, selon elle, il n'y a que deux options : homme ou femme, et jamais autre chose. On peut être homme ou femme à différents moments, mais en aucun cas quelque chose d'autre.

Lyo Kessler indique que, biologiquement, il n'existe que des hommes et des femmes, ainsi que des personnes nées avec un syndrome d'intersexuation. En revanche, les personnes transgenres sont nées hommes ou femmes sans problème biologique. Elle évoque la différence entre la torsoplastie (ablation des seins) et le syndrome du sein fantôme, qui, selon elle, sont deux états psychologiques différents. Ce n'est pas une simple question d'être une femme « devenue » transgenre puis détransitionnée, mais plutôt le résultat d'une série de constructions psychologiques variées.

Elle souligne que lorsqu'elle a subi une torsoplastie, elle pensait certaines choses à propos de son identité, mais aujourd'hui, en ressentant le syndrome du sein fantôme, elle voit cela comme un état psychologique différent. Cela montre, selon elle, que ces processus sont davantage liés à la psychologie qu'à des réalités biologiques fixes.

La commissaire LC comprend qu'il existe des catégories bien définies, à savoir « homme » ou « femme », et éventuellement pour les personnes avec un

syndrome d'intersexuation, il faudrait cocher les deux. Cependant, elle affirme qu'il n'y a pas de case « autre », car cela relève d'une construction.

Elle se pose des questions concernant l'accompagnement avant l'âge adulte, notamment au moment de la puberté, pour ceux qui souhaitent changer de sexe. Elle s'interroge sur l'utilisation de bloqueurs de puberté, en particulier l'idée que ces bloqueurs n'auraient pas de conséquences à long terme. Elle souligne que l'usage de ces bloqueurs peut entraîner un arrêt du développement naturel ou, éventuellement, conduire à une véritable opération de changement de sexe avec toutes les implications que cela comporte. Elle souhaite évoquer ces questions, surtout en lien avec la mention de l'auditionnée de ne pas avoir souhaité prendre d'hormones à un moment donné.

Lyo Kessler explique qu'elle est perturbée par l'idée qu'on puisse considérer comme une forme de maltraitance le fait de ne pas prendre en charge un enfant qui souffre parce qu'il se dit trans. Pour elle, la véritable maltraitance consiste à faire croire à un enfant qu'il existe une réalité fondamentale autre qu'être homme, femme ou avoir un syndrome d'intersexuation. Elle estime que c'est également une maltraitance d'intervenir médicalement sur des jeunes, en bloquant leur puberté ou en pratiquant des chirurgies, sous le prétexte qu'ils sont transgenres, car selon elle, la transidentité n'existe pas, c'est une construction psychologique et culturelle.

Elle pense que, dans ce contexte, la maltraitance change de camp. Ce n'est plus seulement le fait de ne pas intervenir, mais également celui de déformer la réalité et de donner à ces jeunes l'impression qu'ils prennent des décisions éclairées, alors qu'ils ne sont pas en mesure de comprendre tous les éléments en jeu. Elle considère que ces interventions sont des distorsions de la réalité qui peuvent avoir des conséquences graves sur la capacité des jeunes à prendre des décisions pleinement informées.

La commissaire LC pense également qu'il pourrait s'agir d'un moyen pour la société de trouver une solution à un problème complexe. Lyo Kessler explique que de nombreux parents la contactent, certains étant convaincus que leur enfant est transgenre et cherchant à l'aider, tandis que d'autres parents pensent simplement que leur enfant, qu'il soit garçon ou fille, traverse une phase normale de développement et n'est pas transgenre. La question devient alors : qui a raison ? Elle souligne qu'il est difficile de laisser des familles se déchirer autour de ce type de situation, sans avoir de réponses claires. Pour elle, il manque une reconnaissance et une véritable compréhension de la complexité autour de cette thématique.

La commissaire du Centre souligne la rareté du témoignage en cours et demande à l'auditionnée si elle connaît les raisons de cette rareté.

Cette dernière estime qu'il est crucial de comprendre pourquoi elle souffrait, et d'obtenir des éléments de réponse pour éclairer cette souffrance. Pour elle, comprendre pourquoi elle allait mal a été essentiel, même si elle avait construit un récit de sa réalité qui, au final, ne fonctionnait pas. Il lui a fallu ensuite déconstruire ce récit et comprendre ce qui s'était passé. Maintenant, avec ce nouvel éclairage, elle ne peut plus se taire face à ce qu'elle entend.

Elle reconnaît que la question est complexe : certaines personnes qui reviennent en arrière, se sentent responsables de leurs actes, sont traumatisées et portent des séquelles. Elle parle de sa propre situation en disant qu'elle se sent bien aujourd'hui, mais qu'elle reste incertaine quant à l'avenir, ne sachant pas comment elle vieillira, toujours dans un certain flou. Elle pense à celles qui souffrent énormément. Son discours, selon elle, est souvent discrédité, certaines la traitant de « dé-transitionneuse », disant qu'elle réinvente son expérience pour préserver leur propre discours. Elles lui disent : « toi, ça ne compte pas, ça n'a rien à voir avec le reste. »

Malgré cela, elle reste déterminée. Récemment, elle a témoigné à visage découvert dans *Le Nouvelliste* et elle compte continuer à se battre pour que tout cela cesse. Pour elle, la priorité est de protéger les enfants, mais elle insiste également sur l'importance de défendre le statut d'homme et de femme. Elle ne veut pas seulement protéger les enfants, mais aussi mettre fin au remboursement des actes de transition par les assurances-maladie. Selon elle, la décision de changer de sexe ne devrait pas relever d'un statut reconnu par la société avec des droits associés, et ne devrait donc pas être remboursée pour cet acte.

Un commissaire S souligne qu'une comparaison a été faite entre la démarche des personnes transgenres et des exemples comme la radicalisation ou le fait de battre sa femme. Il est interpellé par cette comparaison, car dans les deux exemples cités, il s'agit de nuire à autrui, de commettre des violences envers les autres ou même de tuer dans le cas de la radicalisation. Cela semble différent de faire un choix personnel, comme celui de la transition, qui n'affecte directement que la personne concernée. Il se demande si elle voit cette différence ou si elle pense que cette distinction n'est pas pertinente.

Lyo Kessler explique que lorsqu'on justifie une démarche par le fait d'être heureuse, cela devient le seul indicateur mis en avant aujourd'hui. C'est pour cette raison qu'elle a fait la comparaison. Elle souligne que, dans la communauté transgenre, il y a parfois des violences émotionnelles, des débats très tendus. Par exemple, certaines personnes menacent ou attaquent des femmes qui refusent de reconnaître « des hommes se disant femmes ». Elle cite

des slogans comme « Tue une TERF, sauve une trans », qui illustrent cette tension.

Elle précise que le terme « TERF » est utilisé comme une insulte. Ce mot a été inventé par la communauté transgenre pour désigner une « Trans-Exclusionary Radical Feminist », c'est-à-dire une femme qui refuse de reconnaître les « hommes qui se disent femmes ». Si un « homme se dit femme » et entre dans un espace réservé aux femmes, et qu'une femme lui dit qu'il n'est pas une femme, il pourrait la traiter de « TERF », car elle exclut les « femmes trans ». Elle insiste sur le fait que ce terme est utilisé pour discréditer celles qui refusent d'accepter ces nouvelles définitions du genre, alors qu'elles ne font, selon elle, qu'énumérer une vérité biologique.

Le commissaire socialiste lui demande si elle comprend l'argument selon lequel, tant que quelqu'un ne nuit pas aux autres, cela reste un critère de liberté individuelle. Lyo Kessler répond que si l'on va en prison et que l'on parle à des violeuses ou des tueuses, beaucoup regrettent leurs actes. Selon elle, le fait de regretter ou de dire que l'on se sent bien après coup n'efface pas les conséquences de leurs actions. Elle suggère que les choix individuels, même ceux qui semblent ne concerner que la personne elle-même, peuvent avoir des impacts et des conséquences plus larges.

Le commissaire S admet que le bonheur n'est pas un critère absolu, mais il considère que la liberté individuelle, tant que les actions de la personne ne nuisent pas aux autres, est un principe important. Il se demande toutefois si, même dans ce cas, elle estime qu'il est justifié de restreindre cette liberté.

Lyo Kessler explique que la vie en collectivité implique certaines limites à la liberté. Par exemple, on peut se promener librement dans la rue parce que des actions comme le viol sont interdites. C'est précisément parce que certaines choses sont interdites que nous sommes libres dans d'autres aspects. Elle croit que la véritable liberté pour les femmes aujourd'hui inclut des espaces protégés, comme dans les compétitions sportives ou les vestiaires. Bien qu'elle se considère comme femme, elle ne va pas dans les vestiaires pour femmes afin de ne pas mettre mal à l'aise d'autres personnes.

Elle se demande donc, si aujourd'hui un « homme qui se dit femme » entre dans ces espaces réservés aux femmes, est-ce que cela n'entrave pas la liberté des autres femmes ? Le commissaire socialiste comprend que ce qui la dérange n'est pas que des personnes opérées suivent une démarche de transition, mais plutôt l'essentialisation qui en découle, c'est-à-dire l'idée que certaines personnes sont intrinsèquement transgenres. Il se demande donc, en suivant ce raisonnement, pourquoi empêcher quelqu'un d'avoir accès aux démarches de

changement de sexe, puisque ce n'est pas cet acte en lui-même qui pose problème.

En poursuivant ce raisonnement, il pose la question suivante : si ce n'est pas la transition elle-même qui est contestée, est-ce qu'il faudrait plutôt, selon elle, restreindre la liberté d'expression des personnes qui affirment être intrinsèquement transgenres et propagent cette idée ?

Lyo Kessler s'interroge sur la raison pour laquelle on n'aide pas plutôt les gens à se réconcilier avec eux-mêmes, au lieu de leur proposer des solutions chirurgicales. Elle pense que, tout comme on ne considère pas qu'il faille amputer ou enlever un sein à une personne en souffrance psychologique, il ne faudrait pas non plus, selon elle, opérer des personnes sur cette seule base.

Elle souligne que, même si le suicide est un risque, l'approche ne devrait pas être directement d'opérer, mais d'aider la personne à se réconcilier avec son corps et son identité. Elle compare cette situation avec des pratiques psychiatriques du passé, comme le traitement de la schizophrénie par des électrochocs. Elle constate que, bien que ces méthodes aient été arrêtées pour les personnes souffrant de troubles psychologiques, on continue à traiter les personnes transgenres par des interventions physiques, ce qui, selon elle, devrait être repensé.

Le commissaire S note qu'il y a une différence importante dans ce cas : le consentement. Lyo Kessler explique qu'à l'époque, on décidait de traiter certaines pathologies psychiatriques avec des méthodes désormais abandonnées, comme les électrochocs et qu'aujourd'hui, on ne traite plus ces conditions de la même manière. Cependant, elle souligne que, pour les personnes transgenres, on continue d'intervenir de manière similaire, en traitant ce qui est, selon elle, une souffrance psychologique par des méthodes physiques ou chirurgicales. Elle questionne pourquoi, alors que ces approches ont été abandonnées pour d'autres troubles psychologiques, elles persistent pour les personnes transgenres.

Le commissaire S précise ses propos et explicite encore que, dans le cas des maladies psychiatriques du passé, les traitements étaient souvent imposés aux patientes contre leur volonté. Cela fait une différence importante, car dans le cas des personnes transgenres, ces interventions sont généralement choisies de leur plein gré et avec leur consentement.

Lyo Kessler explique qu'à l'époque, il y avait également un choix concernant la manière de traiter les pathologies, selon les protocoles définis à ce moment-là. Puis, à un certain point, on a décidé de ne plus traiter certaines maladies de cette manière et de chercher d'autres approches, mais la manière dont on traite les personnes transgenres n'a pas été reconsidérée de la même

façon. Elle souligne qu'aujourd'hui, on continue à enlever des organes sains, et cela la dérange, car cette méthode n'a pas été réévaluée dans une perspective plus critique.

Elle précise que, collectivement, elle accepte que les gens fassent des interventions chirurgicales esthétiques, qu'ils aient des piercings ou des tatouages. Cela entre dans une logique de modification corporelle qui est socialement acceptée. Ce qui la dérange, cependant, c'est l'argumentation qui justifie ces opérations pour les personnes transgenres, notamment en avançant l'idée que ces personnes sont « nées ainsi » ou que leur identité transgenre existe de manière innée, comme si cela était une réalité biologique fondamentale.

Elle remet en question tous ces discours qui encadrent et justifient la raison pour laquelle la société accepte d'agir ainsi. Pour elle, ce n'est pas le ressenti personnel des individus qui pose problème, mais la manière dont ces discours sont construits pour justifier des actions médicales irréversibles.

Le commissaire socialiste rappelle que le législateur intervient au niveau collectif, en prenant des décisions qui affectent l'ensemble de la société. Face à cela, il se demande donc : que doit-on faire dans ce contexte ? Faut-il aller jusqu'à interdire les personnes de s'exprimer sur leur ressenti ou leur identité transgenre ?

Lyo Kessler souligne qu'il ne s'agit pas d'interdire l'expression du ressenti individuel, mais plutôt d'interdire de promouvoir une réalité qu'elle considère comme fausse pour justifier des opérations, la prise en charge médicale, ou l'utilisation de bloqueurs de puberté. Ce qui l'inquiète, c'est que cela menace le statut d'homme et de femme, privant ces catégories de leurs droits spécifiques. Elle s'inquiète également pour les personnes homosexuelles, qui, selon elle, pourraient être privées de leurs droits de manière similaire.

Elle craint qu'une personne homosexuelle puisse envisager une transition de genre simplement parce qu'il est difficile d'être homosexuel dans la société actuelle, et qu'elle « devienne ainsi transgenre » sans l'être véritablement. Pour elle, cela risque de détourner des personnes de leur véritable identité et de leur causer plus de souffrances.

Un commissaire LJS souhaite revenir sur la période initiale où elle a rencontré l'association, qui lui semblait à l'époque être une solution, mais qu'elle aurait préféré ne pas avoir dans son parcours. Il se demande, en prenant en compte son parcours et avec le recul qu'elle a aujourd'hui, si la bonne réponse aurait été de rencontrer des psychiatres ou des personnes formées pour, au final, l'aider à ne pas prendre le chemin de la transition, mais plutôt à se retrouver elle-même, en paix avec son identité.

Lyo Kessler indique que, dans l'état actuel des choses et au vu de son expérience passée, si elle devait revivre la même situation aujourd'hui, elle suivrait probablement le même chemin. Cependant, elle aurait préféré que cette option de transition n'existe pas à l'époque. Elle aurait souhaité qu'un autre parcours soit proposé, qui l'aurait aidée différemment à comprendre et à accepter son identité sans passer par la transition.

Le commissaire LJS lui demande ce qu'elle pense d'un accompagnement axé sur la compréhension profonde de la personne et de ce qu'elle vivait intérieurement, avant de proposer des solutions comme la transition. Lyo Kessler pense qu'il est essentiel d'accepter la personne telle qu'elle est, sans lui faire croire qu'elle doit devenir quelqu'un d'autre ou accepter une réalité différente.

Le commissaire LJS demande quels pourraient être les effets à long terme de certains médicaments, en rappelant qu'elle a mentionné brièvement ne pas savoir comment son corps allait vieillir après les traitements. Il se demande si cela l'inquiète et, dans ce contexte, est-ce qu'elle se sent accompagnée dans ce domaine ou aimerait-elle explorer d'autres pistes pour mieux comprendre et gérer ces effets potentiels ?

Lyo Kessler répond qu'elle n'a pas de réponse claire à ce sujet pour l'instant et qu'elle est toujours dans un certain flou. Même maintenant, en ayant changé de traitement, passant de la testostérone aux œstrogènes pour améliorer sa santé, elle constate que même les endocrinologues ne savent pas exactement comment cela fonctionne. C'est une forme d'expérimentation, où l'on ajuste les traitements pour voir comment cela évolue. Elle a l'impression que l'on joue à l'apprenti sorcier avec elle, et cela la conduit à se demander ce qu'il en est pour les adolescentes à qui l'on propose des bloqueurs de puberté sans connaître pleinement les effets à long terme.

Un commissaire UDC note qu'elle a mentionné avoir rencontré un psychiatre qui, en seulement deux séances, lui a donné un diagnostic, ce qui, selon elle, revient à une absence de diagnostic, puisqu'elle ne croit pas à l'existence d'une véritable condition « trans ». Il se demande quel est son ressenti envers ce psychiatre et si elle garde un sentiment particulier à l'encontre de ce professionnel, étant donné qu'il a joué un rôle dans le parcours qu'elle a suivi.

Lyo Kessler explique qu'elle a entamé une procédure à l'encontre du psychiatre qui lui avait diagnostiqué une dysphorie de genre il y a dix ans. Elle a porté plainte contre lui. Selon elle, ce diagnostic a été posé trop rapidement, en seulement deux séances, sans passer par un diagnostic différentiel approfondi, qui aurait dû prendre des mois, voire des années. Elle se demande

si cela a été motivé par l'argent, une croyance personnelle du psychiatre en l'existence de la transidentité, ou une conviction de suivre un diagnostic établi par défaut.

Elle ne comprend pas comment il a pu poser un tel diagnostic en si peu de temps, et encore moins maintenant qu'elle n'y croit plus. Le temps n'a pas été pris pour explorer toutes les possibilités, alors que, selon elle, les personnes en souffrance devraient être aidées rapidement, mais avec prudence. Elle reconnaît que l'on dit souvent qu'il faut du temps pour poser un diagnostic, mais dans ce cas, on a agi rapidement sous prétexte d'aider les gens, sans faire ce travail de diagnostic différentiel.

Elle est particulièrement en colère, car pour elle, la transidentité n'existe pas en tant que réalité biologique, mais relève d'une construction psychologique. Elle estime que dans le cadre pluridisciplinaire où elle a été suivie, il y avait une sorte d'opacité, avec des professionnelles toutes convaincues de cette réalité et travaillant entre eux, ce qui lui donne l'impression d'un piège. Elle est résolue à ne pas en rester là et à poursuivre cette affaire.

Audition de Cris Montgomery

Cris Montgomery explique qu'à 35 ans, elle se considère comme non binaire, mais elle accepte qu'on utilise le pronom « elle » pour la définir. Actuellement, elle occupe plusieurs rôles, notamment comme coordinatrice de projets dans une association locale et comme coordinatrice d'un groupe de jeunes à Genève. Elle va partager son parcours de transition de genre en lien avec le PL 13324, qu'elle trouve extrême et inutile dans le contexte historique actuel.

Elle estime que ce projet de loi est basé sur une peur injustifiée de phénomènes qui n'existent pas vraiment, notamment l'idée qu'il y aurait un nombre alarmant de personnes regrettant leur transition. Elle souligne que les chiffres ne soutiennent pas cette crainte. Par exemple, dans une étude menée sur 1817 élèves vaudois, seulement 1,1% se sont identifiés comme trans, et 0,2% étaient en questionnement. Ces chiffres sont loin d'être alarmants.

Elle évoque ensuite son propre parcours, expliquant que la théorie du genre et les mouvements appelés « woke » ne rejettent pas la biologie, mais remettent en question les stéréotypes sociaux liés au genre. En grandissant, elle se sentait « garçon manqué », et ses intérêts sportifs et culturels ne correspondaient pas aux attentes de la société pour une fille. Elle a donc longtemps vécu avec un sentiment d'inadéquation.

Elle aborde aussi la question de l'effet de mode, souvent soulevée dans le projet de loi. Elle explique que l'augmentation du nombre de personnes transgenres et non binaires est due à une meilleure visibilité et à un accès accru à l'information, et non à un effet de mode. Pour elle, l'idée de la dysphorie de genre est de plus en plus reconnue grâce à l'information qui circule plus rapidement.

Elle revient sur son propre cheminement, indiquant qu'elle a mis du temps à comprendre son identité non binaire. Après avoir consulté des médecins, elle a expérimenté un nouveau prénom et l'utilisation du pronom masculin, mais n'était pas à l'aise avec cela. Finalement, elle a trouvé que le terme « non-binaire » décrivait parfaitement son ressenti.

Elle critique également certains points du projet de loi, notamment l'idée que des cliniques aux Etats-Unis seraient fermées en raison d'effets indésirables liés aux transitions de genre. Elle considère cela comme trompeur, car ces fermetures résultent de recommandations controversées, et le médecin à l'origine de ces décisions n'a pas été choisi par un processus transparent.

Elle aborde ensuite la question des bloqueurs de puberté, expliquant qu'ils sont déjà utilisés depuis longtemps et qu'ils ne sont pas dangereux, même si des études sur la fertilité sont encore en cours. Elle dénonce le projet de loi qui viserait à bloquer l'accès à ces traitements pour les jeunes transgenres, en créant une distinction arbitraire entre les jeunes qui auraient accès à ces soins et ceux qui ne pourraient pas y accéder.

Elle termine en soulignant que, si elle avait pu identifier son genre plus jeune, elle aurait sans doute eu un meilleur épanouissement. Bien qu'elle ait arrêté les hormones pour l'instant, elle ne regrette pas son parcours, ni les étapes qu'elle a traversées. Elle note que la chirurgie n'est pas recherchée par toutes les personnes transgenres et que les chiffres montrent que ces opérations restent rares. Elle conclut en soulignant que les restrictions proposées dans le projet de loi ne sont pas pertinentes et risquent de nuire à la santé mentale et au bien-être des jeunes transgenres.

Une commissaire LC indique avoir l'impression d'être confrontée au service légal d'une association. Elle demande pour quelle association elle travaille. Cris Montgomery indique qu'elle est membre de l'association 360, qui travaille dans le domaine des personnes LGBT.

La commissaire LC comprend que son travail pour l'association éclaire sa connaissance du sujet. Elle souligne avoir mentionné ne pas avoir pris de bloqueurs de puberté avant cette période, et qu'elle le regrette. Elle se demande si, en ayant eu la possibilité de les prendre à ce moment-là, cela aurait changé sa vie de manière significative.

Cris Montgomery indique qu'elle se sent épanouie aujourd'hui parce qu'elle a appris à vivre avec son identité et à faire face aux discriminations et aux commentaires négatifs qu'elle a reçus. Elle pense que l'accès aux bloqueurs de puberté lui aurait permis de réfléchir plus longuement à son parcours et de prendre davantage de temps pour comprendre ses sentiments. Elle estime aussi que l'accès à des informations plus précises et adaptées aurait été bénéfique pour mieux naviguer dans son parcours de transition.

La commissaire LC comprend que les tendances suicidaires à l'adolescence sont souvent présentes, en partie à cause de l'incertitude liée à la puberté. Elle souligne que cette phase de questionnement est presque une étape inévitable de l'adolescence, où l'on cherche à comprendre son identité, et cela ne signifie pas nécessairement qu'on est transgenre, LGBT ou autre. Elle remarque que ces tendances suicidaires sont souvent utilisées pour justifier une intervention rapide, mais elle pense qu'il est important de ne pas se précipiter. Pour elle, il faut prendre le temps de laisser l'adolescente explorer ses sentiments, car le côté suicidaire est souvent lié à l'adolescence en général, et non spécifiquement à des questions d'identité de genre. Retarder les décisions et donner du temps au temps pourrait, selon elle, être une meilleure approche.

Cris Montgomery note que l'adolescence, et en particulier la puberté, est une période relativement courte. Elle explique que le corps prend quelques années pour se former, donc, selon elle, accorder une ou deux années supplémentaires pour réfléchir avant de prendre des décisions importantes n'aurait pas de grand impact sur la santé. Elle ne préconise pas ce délai pour convaincre quelqu'un qu'il est transgenre, mais plutôt pour permettre aux jeunes de parler avec des médecins et de réfléchir à leurs sentiments sans pression. Si, après ce temps, il apparaît que les questions de genre étaient une phase, alors aucun changement drastique n'est nécessaire. Si la dysphorie persiste, le processus de transition peut s'enclencher, permettant ainsi de vivre l'adolescence sans regrets ou souffrances inutiles.

A la question d'une commissaire PLR, Cris Montgomery indique qu'elle a commencé à se questionner sur sa transidentité à 19 ans et n'a commencé à prendre des médicaments qu'à 22 ans, car elle a pris le temps de réfléchir et de passer par une phase d'expérimentation sociale avant de se lancer dans un traitement médical.

La commissaire PLR lui demande, avec du recul, si le fait de choisir la case « non binaire » n'est pas lié au sentiment que la société impose des attentes rigides : des caractéristiques spécifiques pour les personnes de sexe féminin et d'autres pour celles de sexe masculin. Elle réfléchit à l'idée que le véritable problème pourrait être ce carcan social, plutôt que la non-conformité de l'individu. Elle s'interroge : et si on acceptait simplement que les êtres humains

ont un sexe biologique, mais que ce sexe n'impose pas de rôles ou de comportements déterminés ? Ne vaudrait-il pas mieux accepter que chacune soit ce qu'elle veut, indépendamment de son sexe biologique, plutôt que de se soumettre à des traitements médicaux ou à des interventions chirurgicales pour entrer dans les cases que la société a prévues ?

Cris Montgomery explique que, si une société où chacune pouvait vivre librement sans être jugée par son apparence ou son genre existait, ce serait génial, mais ce n'est pas la réalité actuelle. Elle souligne que les femmes qui ne correspondent pas aux attentes traditionnelles, tout comme les hommes, continuent de faire face à des commentaires et des jugements. Tout au long de son adolescence et jusqu'à l'âge adulte, elle a reçu des remarques, et même maintenant, avec une apparence qu'elle décrit comme « un peu ambiguë », elle continue de subir ces jugements. Elle rappelle que dans le monde où elle vit, cette liberté d'être ce que l'on veut sans subir de pression ou de commentaire n'existe pas encore.

Une commissaire PLR pense que de sortir des commentaires comme « garçon manqué » pourrait entraîner des remarques encore moins sympathiques, surtout dans le contexte du monde transgenre et non binaire. Elle se demande s'il ne serait pas préférable d'apprendre à vivre dans le monde tel qu'il est, même s'il est loin d'être parfait, plutôt que d'ouvrir la porte à des changements aussi radicaux. Elle fait référence au parcours de l'auditionnée, où, à 19 ans, elle était déjà adulte et a pris trois ans avant de commencer la prise de médicaments. Elle s'inquiète du fait que des jeunes de treize ans puissent se déclarer transgenres et, six mois plus tard, commencer des traitements médicaux qui auront des conséquences à long terme, sous la supervision de médecins qui, même si elles sont spécialisées, ne peuvent toujours pas prévoir pleinement les effets à long terme.

Cris Montgomery explique qu'elle a appris à vivre avec son identité parce qu'elle se sent bien ancrée en elle-même. Le fait d'avoir trouvé un mot qui correspond à son ressenti l'a beaucoup aidée. Si elle avait dû répondre à un questionnaire avant d'avoir ce mot, elle aurait été perdue. Ce qui l'a poussée à accepter qui elle est aujourd'hui, c'est justement d'avoir trouvé ce terme qui définit son identité, et cela lui a donné plus de confiance en elle-même.

Elle souligne que le fait d'avoir attendu avant d'entamer une transition médicale n'est pas une anomalie. Ce n'est pas quelque chose qui se fait du jour au lendemain, et l'accès aux bloqueurs de puberté n'est pas immédiat. Elle rappelle que la phase de questionnement interne, ainsi que la réflexion avec les proches, n'est souvent pas prise en compte dans les débats. Lorsque les jeunes rencontrent des médecins, il y a déjà un travail important qui a été fait en amont, tant personnellement qu'avec leur entourage. Elle trouve donc erroné

de penser que l'accès aux traitements, en particulier pour les jeunes, se fait en seulement six mois, comme si cela se décidait « en claquant des doigts ».

La commissaire PLR soulève la question du consentement éclairé, en particulier en ce qui concerne l'administration d'hormones masculines, et se demande si les effets de ces traitements sont correctement expliqués. Elle s'interroge sur la véritable nature de ce consentement, notamment face aux effets irréversibles des traitements hormonaux. Elle se questionne également sur la capacité d'une adolescente de quinze ans à se projeter suffisamment dans l'avenir pour appréhender pleinement les conséquences à long terme de décisions aussi définitives.

Cris Montgomery explique que, dans son cas, son consentement éclairé a été bien pris en charge : sa médecin généraliste, son endocrinologue et sa psychiatre lui ont donné toutes les informations nécessaires. Elles lui ont également recommandé de faire ses propres recherches et lui ont permis de poser toutes les questions qu'elle avait. Elle se sentait informée à l'époque et n'en veut à personne, car elle estime avoir pris sa décision en pleine connaissance de cause. Elle précise qu'elle n'est pas passée par l'hôpital pour sa transition.

Concernant les jeunes, elle pense qu'un consentement éclairé est possible à partir de 16 ans. Avant cet âge, dans beaucoup de cas, les mineurs qui souhaitent prendre des hormones passent d'abord par l'étape des bloqueurs de puberté, ce qui leur donne le temps de réfléchir et de former une opinion sur les effets des hormones. Elle est convaincue que les médecins font leur travail d'information auprès des jeunes et s'assurent qu'ells comprennent bien les conséquences de leurs décisions.

Une autre commissaire PLR se demande si le temps de réflexion lui a semblé approprié et s'il était nécessaire de prendre autant de temps pour bien mûrir sa décision. Cris Montgomery explique qu'elle ne pense pas que le temps de réflexion qu'elle a utilisé de deux ans et demi à trois ans soit un temps spécifique ou universellement nécessaire. C'est simplement qu'elle est une personne très prudente, qui préfère prendre le temps de bien faire les choses, surtout pour quelque chose de très nouveau à l'époque, où l'on en parlait beaucoup moins. Elle se sentait plus isolée et avait donc besoin de plus de temps pour réfléchir, car elle avait peur d'en parler. Si elle avait pu échanger plus tôt avec des personnes qui s'y connaissaient, elle aurait probablement agi plus rapidement. Elle s'est d'abord confiée à son cercle proche, où elle ne risquait pas d'être jugée ou discriminée.

Une fois qu'elle s'est sentie en confiance et prête, elle a pris la décision d'aller voir des médecins. Elle voulait s'assurer d'avoir bien compris ce qu'elle

ressentait avant de se lancer dans ce parcours. Pour elle, personnellement, il était nécessaire de prendre ce temps et de justifier pourquoi elle ressentait ces choses. Cependant, elle précise que c'était une démarche propre à elle-même et qu'elle connaît beaucoup de personnes qui ont pris moins de temps à réfléchir avant d'entamer leur transition.

La commissaire PLR comprend que l'auditionnée suggère que les jeunes devraient commencer à prendre des hormones à 16 ans. L'auditionnée indique que les traitements peuvent être prescrits dès 16 ans, mais elle ne dit pas que cela doit être fait de manière systématique ou généralisée.

Un commissaire S aimerait savoir ce qu'elle pense du délai de 18 mois évoqué dans la M 3010, étant donné qu'elle a mentionné aimer prendre son temps. Est-ce qu'elle pense que la société devrait imposer un délai minimal de réflexion, ou est-elle d'avis que cette décision doit rester individuelle ?

Cris Montgomery explique qu'imposer un temps spécifique, comme les 18 mois proposés, n'est pas pertinent. Selon elle, les parcours de transition de genre sont très divers et variés. Ce délai de 18 mois ne prend pas en compte la période de remise en question personnelle ou la phase où une personne commence à parler à ses proches et à se confronter à la société. Il ne reflète pas non plus le cheminement que beaucoup entament avant même d'entrer dans le monde médical.

Elle souligne également que les médecins sont les mieux placées pour savoir ce qui est nécessaire pour chaque patiente. Elle pense donc que l'idée d'imposer un temps minimum de réflexion n'est pas pertinente, car la décision de transition n'est pas prise du jour au lendemain. Dans son propre parcours, avant même de parler aux professionnelles médicales, elle a dû chercher des médecins qui accepteraient de l'écouter, en passant par une généraliste puis une spécialiste formée sur le sujet. Cela a aussi pris du temps.

Elle partage également une expérience personnelle où, après avoir pris de la testostérone pendant cinq ans, elle a annoncé son identité non binaire à son endocrinologue, qui a refusé de continuer à la traiter, disant qu'il ne croyait pas en cette identité et qu'elle vivait dans un « monde de bisounours ». Elle a donc dû rechercher une nouvelle médecin et recommencer le processus pour obtenir un certificat pour la dysphorie de genre. Ce parcours l'a amenée à faire plusieurs rencontres, des prises de sang, et d'autres analyses nécessaires. Elle souligne donc que le délai de 18 mois ne tient pas compte des nombreuses complexités et obstacles possibles dans le parcours médical et social d'une personne en transition.

La commissaire PLR est d'accord qu'il faut effectivement beaucoup de temps pour trouver les bons médecins, ajuster les dosages, et obtenir un

encadrement psychologique adéquat. De ce fait, elle estime que 18 mois ne sont pas une durée excessive. En réalité, elle pense que ce processus prend souvent 18 mois ou plus pour mettre en place toutes les démarches médicales nécessaires, donc elle ne voit pas vraiment de problème à cette proposition, puisqu'il faut déjà ce temps pour bien encadrer la transition.

Cris Montgomery souligne que la proposition d'imposer un délai de 18 mois impliquerait de laisser une personne en détresse pendant cette période, ce qui peut causer une souffrance énorme. La commissaire PLR note que, selon elle, les 18 mois permettent de mettre en place tout ce qui est nécessaire pour une transition, comme trouver les médecins, ajuster les dosages, et obtenir l'encadrement psychologique. Elle se demande donc pourquoi cette période serait associée à la détresse, puisque la démarche commence déjà à ce moment-là.

Cris Montgomery souligne qu'en moyenne, une adolescente doit déjà attendre près de deux ans entre l'accès aux bloqueurs de puberté et le début d'un traitement hormonal. Bien que deux ans puissent sembler peu sur une vie entière, elle précise que cela doit être replacé dans le contexte d'une adolescence, une période plus courte et plus intense en termes de questionnement personnel.

Elle prend son propre exemple, expliquant que si on prend en compte le moment où elle a commencé à se sentir mal en grandissant, jusqu'au moment où elle a eu accès à des solutions, cela a pris énormément de temps. Si elle avait su plus tôt que ces options existaient, et qu'elle avait ensuite dû attendre encore 18 mois pour agir, cela lui aurait paru extrêmement long et difficile à supporter.

Elle note que, dans les centres dont elle parle, il y a en moyenne une attente de près de deux ans pour accéder aux traitements. Cependant, cette période peut varier entre 0 et 2 ans, selon certaines études. Elle souligne que cette attente ne reflète pas nécessairement la réalité vécue par les personnes concernées. Bien que deux ans d'attente puissent être la norme dans certains cas, cela peut mettre en péril le bien-être psychologique des personnes, car le processus interne de questionnement et de souffrance continue pendant cette période, sans réponse immédiate. Cela peut aggraver la détresse et retarder l'accès à une aide qui pourrait soulager ce mal-être.

Audition de Chris/Nadia Broenimann

L'audition a lieu en présence de Patrick Lehner qui officie comme traducteur.

Chris/Nadia Broenimann commence en rappelant la nécessité d'éviter de précipiter des interventions médicales comme solution unique à la dysphorie. L'examen attentif de l'origine de ces mesures est encouragé, tout en prenant en compte l'influence des réseaux sociaux et la surmédiatisation du sujet. Les jeunes, souvent confrontés aux incertitudes de la puberté et en quête d'appartenance, peuvent percevoir la transition comme une solution rapide à des problèmes plus complexes. La dysphorie peut parfois refléter simplement les bouleversements normaux de l'adolescence, période marquée par des interrogations et des recherches identitaires.

Plutôt que de renforcer la conviction que seule une intervention médicale est envisageable, un accompagnement validant la normalité des sentiments d'insécurité est préconisé. Cette approche permettrait de réduire l'influence d'internet et des réseaux sociaux, qui peuvent pousser certains jeunes à des décisions sans pleinement mesurer les conséquences irréversibles des traitements. Une réflexion critique et des discussions ouvertes, soutenues par les autorités, les organisations et les écoles, sont essentielles.

Chris/Nadia Broenimann estime que poser des questions critiques ne devrait pas être perçu comme de la transphobie, mais plutôt comme un devoir de protéger les jeunes contre des décisions hâtives aux effets potentiellement graves. Les bloqueurs de puberté peuvent avoir un impact profond sur le développement et causer des dommages irréversibles. Il est rappelé que les adolescentes ont le droit de vivre leur puberté de manière naturelle et de découvrir leur identité dans un environnement apaisé.

Chris/Nadia Broenimann reconnaît combien une vie après transition peut comporter des défis. C'est pourquoi il est demandé de placer la santé et le bien-être des mineurs au premier plan, afin de les protéger des traitements inadaptés et des conséquences durables. Les adolescentes ont besoin de soutien et d'accompagnement, et non de décisions médicales précipitées. Elles doivent pouvoir se développer sans pression ni stigmatisation. En conclusion, l'adoption du PL 13324 et des deux autres objets est préconisée pour protéger les jeunes des erreurs et des traitements inappropriés, leur offrant ainsi l'opportunité de vivre une vie en bonne santé et autodéterminée.

Une commissaire PLR note que, bien que changer de sexe soit reconnu comme un traumatisme profond, elle estime que l'influence de plateformes comme YouTube ne peut pas détourner quelqu'un qui en a un besoin sincère. Sa préoccupation principale reste la nature irréversible des changements. La question des bloqueurs de puberté est soulevée. Selon elle, ces bloqueurs ne modifient pas la nature irréversible des changements, contrairement à la prise d'hormones. Elle souhaiterait un avis sur ce point. Prendre des bloqueurs permet de rester dans un état initial et de reprendre un développement naturel

par la suite. Elle estime qu'un délai de réflexion est essentiel pour éviter des décisions irréversibles, notamment avant une transition vers les hormones.

Chris/Nadia Broenimann explique que l'argument en faveur des bloqueurs de puberté repose sur l'idée qu'ils agissent comme une pause temporaire, sans effet irrévocable. Cependant, des études récentes menées en Europe montrent que ces bloqueurs ont des effets significatifs sur le bien-être physique et la fertilité. Il a été largement démontré que la prise de testostérone chez les jeunes peut provoquer une infertilité permanente. Les effets des bloqueurs de puberté ne se limitent pas aux aspects physiques. Des conséquences sur la densité osseuse et le développement du cerveau, notamment la région frontale, sont bien documentées. Ces bloqueurs perturbent les récepteurs impliqués dans les transformations du cerveau. Sur le plan social et du développement, les adolescentes perdent l'expérience de la sexualité normale pour leur âge, restant figé dans un état d'arrêt. Les effets irréversibles des bloqueurs ont conduit de nombreux pays européens à adopter des approches plus restrictives et à relever l'âge minimum pour leur utilisation. De plus, des exemples montrent que la prise de bloqueurs peut empirer l'état psychologique des jeunes.

La commissaire PLR demande si Chris/Nadia Broenimann peut rappeler brièvement son histoire. Chris/Nadia Broenimann dit que sa biographie montre clairement que la transition a été davantage une fuite qu'un cheminement vers soi. Le point essentiel est que les mesures médicales ont été prises trop rapidement, sans questionnement approfondi, dans le cadre d'un modèle affirmatif qui valide simplement les déclarations des personnes s'identifiant comme trans. Il est crucial, au lieu de suivre ce modèle de validation directe, d'examiner chaque situation attentivement. Un accompagnement psychologique aurait pu permettre de comprendre l'état d'esprit et les causes profondes du mal-être, plutôt que de se limiter à traiter les symptômes avec des médicaments. Dans de nombreux cas, les causes sous-jacentes dépassent la question de la transition.

Chris/Nadia Broenimann note qu'il est important de promouvoir un modèle qui prévoit un diagnostic différencié et exploratoire, similaire aux standards des autres domaines médicaux. Aujourd'hui, de nombreuses jeunes, influencées par les médias sociaux, arrivent avec une auto-conviction préétablie. Sans règles juridiques claires, il est essentiel d'adopter un processus qui débute par une analyse approfondie et des considérations multiples.

Un commissaire UDC souligne la contradiction apparente du soutien conjoint au PL 13324 et au PL 13327 préconisé par l'auditionné. Il est difficile de soutenir les deux textes simultanément. La motion, quant à elle, suit la ligne du premier texte. Il est donc impossible d'approuver les trois textes de manière cohérente.

Chris/Nadia Broenimann précise que son avis est favorable à l'interdiction des interventions chez les mineurs. En revanche, iel souligne ne pas avoir de spécialisation concernant les questions liées aux amendes et autres aspects juridiques. Chris/Nadia Broenimann confirme approuver le PL 13324. Concernant les deux autres textes parlementaires, iel estime ne pas avoir les compétences pour donner son point de vue, ce qui revient, visiblement, à renier l'avis précédemment exprimé.

Un commissaire UDC souhaite un avis sur la contradiction entre les avis « pro » et « anti » bloqueurs de puberté. Chris/Nadia Broenimann explique que cette conviction a été partagée initialement : l'idée que les bloqueurs de puberté permettent de gagner du temps pour réfléchir. Cependant, l'expérience montre que commencer par les bloqueurs enclenche souvent un effet domino, menant les jeunes de plus en plus vers cette voie. Bien que l'intention de donner du temps de réflexion soit légitime, les bloqueurs ont tendance à accélérer le processus plutôt qu'à le ralentir. De nombreux jeunes qui pensent prendre des bloqueurs pour réfléchir finissent par ressentir une pression accrue. Des exemples concrets montrent des parents croyant que les bloqueurs allaient offrir un répit, mais constatant par la suite que cela renforçait la pression sur l'enfant. Pour offrir un vrai temps de réflexion, la meilleure solution est un accompagnement psychologique avant toute intervention. Si un problème psychologique est abordé de manière trop négative, le jeune risque de réagir à l'opposé. Un travail constructif avec une psychologue, par le dialogue et l'exploration des différents aspects du sujet, est essentiel pour une prise de décision éclairée avant toute intervention médicale.

Chris/Nadia Broenimann note que des besoins et des situations très différentes peuvent apparaître. Une psychologue est essentielle pour discerner ces deux groupes et apporter un soutien adapté. L'augmentation du nombre de jeunes se déclarant transgenre dès la puberté montre que les bloqueurs peuvent être une solution inadaptée pour beaucoup. Commencer par un soutien psychologique permet de distinguer les besoins réels et d'éviter des traitements précipités. La législation doit prévoir un cadre clair, permettant de peser l'utilité et le coût des interventions. Une interdiction des traitements chez les mineurs peut prévenir des décisions prises à la hâte. Cette réflexion de deux à trois ans supplémentaires permettrait de mieux informer toutes les parties concernées sur les impacts à long terme des interventions.

Chris/Nadia Broenimann remarque que certains opposent l'idée qu'attendre jusqu'à la fin de la puberté rend plus complexe la transition physique, comme la féminisation d'un corps déjà masculin. Cependant, commencer trop tôt avec les bloqueurs, suivis rapidement par des hormones, peut entraîner des complications, comme un rétrécissement du pénis, rendant

la chirurgie ultérieure plus difficile et nécessitant des alternatives complexes comme l'utilisation de parties de l'intestin pour créer un néo-vagin. Ces interventions comportent des effets secondaires significatifs, dont des odeurs persistantes et des conséquences sur la qualité de vie. L'utilisation prématurée des bloqueurs peut donc rendre la suite du processus plus compliqué et compromettre le développement d'une sexualité normale.

Un commissaire UDC souligne que la question du risque de suicide est fréquemment soulevée, avec l'argument selon lequel les personnes souffrant de dysphorie de genre seraient plus exposées au suicide que d'autres adolescentes, et que ne pas soutenir leur affirmation de genre pourrait augmenter ce risque. Chris/Nadia Broenimann ayant traversé cette situation et observé d'autres personnes dans le même cas, il est pertinent de se demander si cet argument est justifié et quel est le risque réel de suicide avant, pendant et après la transition. Il est essentiel d'évaluer si soutenir l'affirmation de la dysphorie apporte effectivement un bénéfice en matière de réduction du risque de suicide comparé à l'absence d'intervention.

Chris/Nadia Broenimann note que le risque de suicide est souvent utilisé comme argument principal. Pourtant, cette approche est trop souvent simplifiée et, lorsqu'une spécialiste confirme ce risque de manière impérative, cela peut pousser les parents à craindre que l'absence de traitement augmente la tendance au suicide. Face à cela, peu de parents voudraient prendre un tel risque, ce qui crée une pression pour que les jeunes avancent vers la transition. Les chiffres montrent cependant que, lorsqu'un accompagnement psychothérapeutique est proposé avant toute intervention, cela peut aider l'enfant à traverser cette phase de manière plus sereine. Il est également relevé que, parmi les personnes opérées, le taux de suicide reste élevé, atteignant 40%, ce qui remet en question l'argument qui empêche d'aborder ce sujet de manière cohérente. On pourrait faire un parallèle avec d'autres problématiques adolescentes, comme l'anorexie, où l'accompagnement thérapeutique est jugé essentiel.

Chris/Nadia Broenimann estime qu'il est primordial de ne pas laisser la jeune seule, mais de l'accompagner, de lui montrer qu'elle n'est pas seule dans cette période difficile. L'importance d'un message positif est soulignée : l'idée n'est pas de dire que la situation est insurmontable, mais de la présenter comme une étape importante et enrichissante de la puberté, un chemin sur lequel le soutien est présent. Le message central est que la personne est acceptée telle qu'elle est, car c'est la base essentielle de tout accompagnement.

Une commissaire LC estime important de clarifier une idée reçue entendue dans la discussion précédente : elle rappelle que les bloqueurs de puberté sont en réalité des hormones, des hormones de synthèse, et il est nécessaire de

corriger cette erreur. Les hormones, qu'elles soient naturelles ou de synthèse, influencent le fonctionnement et le développement de tous les organes. Les inhibiteurs de puberté, précisément, sont des hormones de synthèse qui inhibent l'action des hormones naturelles. Par exemple, une personne peut produire naturellement de la testostérone, mais aussi des hormones féminines comme l'œstrogène, qui régule le cycle menstruel. Lorsqu'une pilule contraceptive contenant de l'œstradiol (un œstrogène de synthèse) est prise, elle bloque l'œstrogène naturel. De manière similaire, d'autres molécules de synthèse peuvent soit inhiber, soit faciliter certaines actions hormonales, comme la dopamine.

Une commissaire LC rappelle que, tout comme l'œstradiol peut comporter des risques de cancer ou entraîner des conséquences comme des naissances multiples ou même la stérilité après arrêt, on peut s'attendre à des effets similaires avec d'autres hormones de synthèse, y compris les bloqueurs de puberté. Ces bloqueurs, en tant qu'hormones de synthèse, agissent sur le développement et le fonctionnement des organes et peuvent avoir des effets potentiellement cancérigènes sur des structures comme les os. C'est pourquoi il est essentiel de remercier celles et ceux qui partagent des témoignages sur l'impact de ces traitements, car ils permettent de mieux comprendre l'influence des bloqueurs de puberté.

Chris/Nadia Broenimann souligne l'impact cognitif que peuvent avoir ces substances, car le corps ne les reconnaît pas naturellement. Ces produits peuvent être, par exemple, utilisés pour inhiber l'influence des criminels sexuels.

Une commissaire explique que le troisième texte (M 3010) propose de fixer un délai de 18 mois avant de commencer la prise de bloqueurs de puberté, en prévoyant un suivi pluridisciplinaire incluant des psychologues. La question est de savoir si ce délai est suffisant ou s'il serait préférable de n'entreprendre aucune intervention avant l'âge de 18 ans.

Chris/Nadia Broenimann estime essentiel de prévoir une psychothérapie d'une durée de 18 mois. Bien que certaines jeunes puissent trouver cela exagéré ou inutile, il est important de souligner, d'après les discussions avec des personnes transgenres, qu'un délai de quatre à six ans serait idéal. Même lorsqu'une transition est réalisée à l'âge adulte, des défis persistent, car la compréhension des choses se fait différemment à un niveau collectif. A l'adolescence, il y a un besoin de maturité, et dans une société qui cherche simplement à éduquer rapidement, cela n'est pas adéquat.

La prise de décisions qui ont des conséquences sur toute une vie doit passer par un processus de réflexion approfondie et indispensable à la prise de

conscience de soi. Le développement physique peut être rapide, mais le développement mental et psychologique prend plus de temps, ce qui peut créer un effet boomerang si le processus est précipité, bien qu'il n'y ait pas de règle sans exception. Réfléchir à cette question est essentiel. Bien que cela soit difficile pour le législateur, des décisions doivent être prises, et il est rare de pouvoir satisfaire pleinement les deux parties.

C'est pourquoi l'âge de 18 ans est proposé, en cohérence avec d'autres restrictions comme celles sur le tabac et l'alcool. Cette base de 18 ans est perçue comme une référence raisonnable, même si la complexité de la question est reconnue. Cette position peut être difficile à défendre, surtout pour une personne ayant un vécu trans, car elle risque d'être accusée de transphobie. Beaucoup de personnes confrontées à cette question se sentent poussées dans leurs retranchements. Il est donc crucial d'avoir le courage de prendre des décisions qui visent avant tout le bien-être des personnes concernées, au-delà des autres considérations.

La commissaire PLR demande si Chris/Nadia Broenimann a commencé sa transition vingt-six ans en arrière. Chris/Nadia Broenimann indique qu'iel a subi les opérations 26 ans en arrière, mais qu'iel a commencé la prise d'hormones trente ans en arrière. La commissaire PLR émet l'idée que la prise en charge a changé depuis trois décennies.

Chris/Nadia Broenimann répond que non, en précisant qu'il s'agit toujours des mêmes types de bloqueurs hormonaux. Lorsqu'il est question de traitements médicamenteux, il ne faut pas oublier que les traitements dans le domaine de la transition reposent sur des situations dont les conséquences ne sont pas toujours bien définies. Ces traitements ne sont pas encore entièrement validés sur le plan médical et doivent souvent être considérés comme expérimentaux. C'est un aspect important à garder en tête.

Un commissaire S est surpris d'entendre une conclusion aussi définitive. Il demande si l'auditionné pourra transmettre au moins quelques éléments plus factuels sur les « cas » et/ou chiffres présentés. Il insiste sur la nécessité d'une approche scientifique rigoureuse et souhaite obtenir des éclaircissements sur ces contradictions. Il s'interroge sur l'approche adoptée et la cohérence de critiquer celles qui imposent leurs opinions tout en affirmant de manière péremptoire ce qui est censé être bénéfique pour les jeunes. Il soulève la question de savoir en quoi Chris/Nadia Broenimann sait mieux que les jeunes ce qui est bon pour elles.

Chris/Nadia Broenimann explique que les médecins confirment toujours la faisabilité des interventions chirurgicales, mais les complications qui surviennent plus tard sont souvent ignorées, laissant les personnes concernées

seules, sans réseau de soutien. La position des médecins, généralement favorable à cette démarche, est bien connue, mais l'approche est ici plus globale, avec, dans son cas, trente ans d'expérience dans ce domaine et une connaissance approfondie des « milieux trans ». De nombreuses personnes transgenres traversent une phase d'euphorie immédiatement après l'opération, un phénomène bien documenté en psychologie. Cependant, la réalité change après cette période euphorique. En Suisse, les témoignages positifs sont souvent recueillis peu après l'opération, mais la vie continue, et ceux qui ont vingt à trente ans de recul présentent souvent une perspective très différente.

Le commissaire en conclut que la personne auditionnée est favorable à la restriction de l'autodétermination jusqu'à l'âge de 18 ans. Celle-ci répond que toute personne ayant ce désir doit être accompagnée et encadrée. Le processus d'accompagnement peut et doit commencer plus tôt, mais la partie médicale devrait intervenir après la puberté, lorsque la maturité, y compris la maturité juridique, est atteinte.

La situation en Suède est intéressante : ce pays a initialement commencé des traitements plus précoces pour les jeunes, mais a depuis modifié sa position, comme d'autres pays. De nombreuses jeunes en Suède poursuivent désormais l'Etat et les médecins, se demandant pourquoi des traitements ont été recommandés alors qu'elles étaient mineures, pourquoi on les a laissées faire et pourquoi elles n'ont pas été protégées. Il est probable que si ces pratiques continuent, on sera confronté aux mêmes problèmes ailleurs, avec de nombreuses conséquences juridiques. Etant donné la responsabilité parentale jusqu'à l'âge de 18 ans, il n'est pas raisonnable ni souhaitable de commencer à 14 ans. Tous ces aspects doivent être pris en compte dans cette thématique complexe.

Le commissaire S demande là aussi du plus factuel, par exemple des condamnations plutôt que « des plaintes ». Chris/Nadia Broenimann répond qu'il est possible « d'en trouver sur internet ».

Le commissaire socialiste demande à Chris/Nadia Broenimann si des souvenirs sont encore présents de l'information sur le sujet reçue lors de l'adolescence il y a trente ans.

Chris/Nadia Broenimann répond qu'aucun accès à ces informations n'a été disponible. Dans un état d'instabilité et de manque d'amour-propre, la rencontre avec une femme transgenre et la discussion sur cette possibilité l'ont conduit à penser que c'était une solution rapide et efficace. Cette approche l'a fait se tourner vers les médicaments et la chirurgie plutôt que vers une réflexion et une compréhension à long terme.

Le commissaire demande alors si Chris/Nadia Broenimann serait favorable à l'idée d'ajouter des informations sur la transidentité dans les cours d'éducation sexuelle et affective à l'école, afin de fournir des informations sérieuses et réfléchies, plutôt que de laisser les jeunes s'informer par le biais des réseaux sociaux ou de rencontres fortuites, afin de mieux les accompagner dans leur compréhension d'eux-mêmes.

Chris/Nadia Broenimann estime qu'il est important de fournir des informations dans les écoles, mais pas seulement par des « transactivistes » qui adoptent toujours une approche affirmative. L'information doit être correcte et montrer l'ensemble de la thématique, en incluant à la fois les aspects positifs et les risques ou difficultés potentiels. En pratique, elle souhaiterait que, lorsque des activistes interviennent en milieu scolaire de manière appropriée, d'autres personnes soient également présentes, y compris celles qui ont vécu une transition réussie et celles qui ont connu des expériences inverses.

Chris/Nadia Broenimann explique que l'objectif est d'offrir une explication plus complète. Actuellement, la manière dont les écoles abordent ce sujet, souvent de façon précoce et sans esprit critique, n'est pas satisfaisante. L'approche se limite à multiplier les points de vue affirmatifs sans éduquer les jeunes de manière équilibrée et réfléchie.

Le commissaire S demande à la personne auditionnée si, selon son discours, le souhait est bien d'interdire l'utilisation d'hormones de synthèse, substance qui apparaît comme le nœud du problème dans son discours, chez les mineurs. Chris/Nadia Broenimann répond par l'affirmative. Le commissaire socialiste déduit que cette position est aussi valable pour la pilule contraceptive pour les mineurs.

Chris/Nadia Broenimann souligne la différence entre les deux types de substances : les bloqueurs de puberté et la pilule contraceptive. Il est important de fournir une explication préalable. Le corps féminin reconnaît les substances hormonales contenues dans la pilule contraceptive, tandis que les bloqueurs de puberté, qui agissent contre ces hormones, ne sont pas naturels pour le corps et sont fabriqués de manière synthétique.

Un commissaire Ve note que Chris/Nadia Broenimann a mentionné l'existence de deux groupes : d'une part, des personnes qui n'ont pas forcément besoin de faire une transition, et d'autre part, celles qui sont probablement réellement transgenres et pour qui la transition est essentielle afin de mener la vie qu'elles souhaitent et d'atteindre un équilibre. Il entend que Chris/Nadia Broenimann reproche que trop de personnes entreprennent une transition sans en avoir réellement besoin, et souligne l'importance d'établir une juste proportion pour éviter ces situations.

Chris/Nadia Broenimann confirme, expliquant que cela se produit en raison de l'absence d'une instance de contrôle. Les déclarations et l'autodiagnostic sont acceptés dès le départ.

Le commissaire vert note que l'existence d'une perspective alternative a été mentionnée. Il demande si Chris/Nadia Broenimann connaît des personnes qui, à un moment donné, envisageaient de faire une transition, mais ont finalement interrompu leur démarche. Après réflexion, il se demande si certaines ont conclu qu'ils se reconnaissaient plutôt comme non binaires, non pas parce qu'ils rejetaient leur identité de femme pour devenir hommes, mais parce qu'elles ont choisi de s'identifier à une alternative non binaire.

Chris/Nadia Broenimann explique que ce qui surprend, lorsqu'on se trouve dans cette situation, c'est la vision binaire : noir ou blanc. Autrefois, il était nécessaire de subir une castration juridique pour pouvoir être reconnu comme femme. Aujourd'hui, cette situation n'existe plus. C'est pourquoi la partie médicale reste souvent la première option envisagée, avant que d'autres propositions ne soient faites.

Il est essentiel que les jeunes aient accès à toutes les options possibles, et lorsque cela ne suffit pas, l'adaptation médicale peut être envisagée comme solution. Cependant, l'option médicale doit rester le dernier recours, car d'autres solutions sont meilleures pour la santé. Le taux de complications reste encore très élevé aujourd'hui, et il faut apprendre à vivre avec cela, ce qui n'est pas simple. Cela illustre bien la complexité de la situation.

Le commissaire Ve se demande si, lorsqu'une jeune personne assignée femme à la naissance perçoit négativement son identité en tant que femme, il ne faudrait pas offrir un accompagnement par un spécialiste psychiatre disposant de toute la marge de manœuvre nécessaire pour aider à comprendre que, malgré cette perception, il est possible de s'accepter en tant que femme, même en cas d'image de soi dévalorisée. Il interroge également sur la possibilité de soutenir les cas où la personne se sent non binaire, c'est-à-dire ni femme ni homme, ou encore ceux où elle se perçoit réellement comme un homme et décide de poursuivre un parcours de transition jusqu'à l'opération envisagée.

Chris/Nadia Broenimann affirme que, bien que des points faibles existent, il est important de proposer des options avec toutes leurs conséquences. La sincérité est essentielle. Ce n'est pas parce qu'une personne est jeune qu'il ne faut pas l'encourager à réfléchir. Ce processus est crucial pour la vie, même s'il peut parfois être difficile.

Nouvelle audition de Lynn Bertholet, présidente de l'association Epicène

Suite à la parution dans la presse de pans de l'audition précédente sur l'expérience personnelle d'un individu, Lynn Bertholet a demandé à être réauditionnée afin de partager elle aussi son expérience et appuyer sur la diversité des profils de personnes concernées.

Elle revient sur son enfance, marquée par une incompréhension de son identité. A quatre ans, lors d'une sortie avec sa mère pour acheter un cadeau d'anniversaire, elle a voulu une robe rouge. Sa mère, aimante, mais inconsciemment influencée par les stéréotypes de l'époque, lui avait répondu que les robes étaient réservées aux filles, et qu'elle, étant un « petit garçon », n'avait pas le droit d'en porter. Ce refus a provoqué une crise mémorable : elle, habituellement calme et rêveuse, a hurlé de frustration. Ce moment est resté gravé, sa mère en reparlant encore des décennies plus tard. Ce souvenir illustre son premier ressenti d'injustice. Elle n'a pu le verbaliser à l'époque, mais il traduisait déjà son mal-être face à l'inadéquation entre son genre assigné et son identité.

A l'âge de 23 ans, elle a entamé une relation de neuf ans avec une partenaire qui a accepté qu'elle s'identifie parfois comme une femme. Avec l'accord de cette dernière, elle s'habillait en femme chez elle, ce qui l'apaisait temporairement. Cependant, sa compagne n'imaginait pas construire un avenir familial avec elle. Après une demande en mariage, sa compagne l'a quittée, lui disant qu'elle ne pourrait jamais être l'homme qu'elle souhaitait comme père de ses enfants. Cette séparation, survenue à 32 ans, a exacerbé son mal-être et l'a confrontée à l'impossibilité de correspondre aux attentes liées à son sexe assigné.

Parallèlement, elle menait une carrière brillante dans le secteur bancaire, assumant des responsabilités importantes. Toutefois, son sentiment de décalage entre son identité profonde et l'image qu'elle devait projeter dans sa vie professionnelle la rongeait. Ce conflit intérieur l'a conduite à une tentative de suicide, où elle a utilisé son arme de service. Elle a survécu et cette épreuve a marqué un tournant. Sa mère, présente à son chevet, l'a encouragée à consulter un psychiatre.

C'est au cours de cette thérapie initiale qu'une psychologue lui a affirmé : « Si vous n'êtes pas homosexuelle, vous ne pouvez pas être transsexuelle. » Prenant cette assertion pour vérité, elle a passé les vingt années suivantes à essayer de se débarrasser de son ressenti. Elle traversait des cycles où elle achetait des vêtements féminins pour ensuite les jeter, croyant qu'il s'agissait d'une addiction ou d'une faiblesse à surmonter. Ce processus a accentué son mal-être et son sentiment d'échec.

Sous les conseils combinés de son père et d'une nouvelle compagne, elle a finalement décidé de consulter un neuropsychologue, suspectant qu'elle pouvait être neuroatypique. Le bilan, qui a révélé qu'elle était une personne à haut potentiel, a également mis en lumière un aspect inattendu : son fonctionnement et sa façon d'aborder les choses étaient très féminins. Lors de cette consultation, elle a confié se sentir femme au fond d'elle-même, mais a également partagé ce qu'on lui avait dit par le passé : « Pour être trans, il faut être homosexuel. » La neuropsychologue a immédiatement réfuté cette idée, expliquant que l'identité de genre et l'orientation sexuelle sont deux dimensions complètement indépendantes. Ce déclic a marqué une nouvelle étape. La neuropsychologue lui a recommandé des professionnelles spécialisées dans les questions de genre, ce qui l'a amenée à consulter un docteur aux HUG ainsi qu'une psychologue de son équipe.

Dès les premières séances, son diagnostic de dysphorie de genre a été posé, ce qui a marqué un tournant crucial. Pendant quatre mois et demi, elle a suivi des entretiens hebdomadaires, au cours desquels elle a exprimé son espoir d'être « guérie » pour retrouver une vie conforme aux attentes sociales. Le docteur lui a répondu : « On ne guérit pas de qui l'on est. » Cette phrase a profondément marqué son parcours, l'aidant à accepter sa véritable identité et à envisager la transition comme une voie pour être enfin elle-même.

En 2015, après un travail minutieux sur son dossier juridique, elle est devenue la première personne à Genève reconnue dans son genre ressenti sans avoir subi de chirurgie. Cette victoire personnelle, obtenue après sept mois de démarches, a marqué un tournant. Soutenue par son employeur, elle a continué à affirmer son identité tout en surmontant des obstacles administratifs et médicaux, comme les particularités biologiques liées à son parcours.

En fondant l'association Epicène, elle a souhaité offrir aux autres un espace de soutien et de réflexion. Son engagement découle de son propre cheminement, marqué par des moments difficiles, mais aussi par des soutiens précieux. Elle se souvient notamment d'un moment particulièrement marquant avec son père : après lui avoir annoncé qu'elle souhaitait devenir une femme, il lui a écrit une lettre touchante où il l'a appelée « ma chère nouvelle fille », affirmant que, peu importe les changements, elle resterait toujours son enfant. Ce geste l'a profondément émue et renforcée dans son parcours, tout en consolidant sa volonté d'aider celles et ceux confrontés à des situations similaires.

Elle explique que *L'Illustré* l'a contactée pour réaliser un reportage sur son parcours. Lors de cette rencontre, elle a travaillé avec une photographe qui n'avait jamais rencontré de personne transgenre. Bien que démunie face au sujet, celle-ci s'est montrée très ouverte, affirmant que chacune devait pouvoir

vivre sa vie comme elle l'entend. Le shooting s'est bien déroulé, et elle a exprimé l'idée de refaire une série de photos similaires à celles réalisées auparavant aux Pays-Bas, dans un studio spécialisé où elle avait exploré son identité à travers l'image. Ces photos avaient été une étape marquante pour accepter son apparence et se projeter dans son genre ressenti. C'est ainsi qu'elle a eu l'idée de créer un livre qui, au-delà des photos, porterait un message d'amour et d'acceptation de soi.

Ce projet a rassemblé 46 témoignages de personnes partageant un parcours similaire, confrontées à la dysphorie de genre. A la fin de leurs séances photo, beaucoup ont été frappées par leur crédibilité dans leur genre ressenti, ce qui a contribué à leur soulagement. Le livre se veut un complément à ces témoignages, illustrant à la fois les bénéfices de la transition pour celles qui y trouvent une libération et les rares cas de regrets. Elle mentionne une méta-analyse citée par la Dre Mélissa Dao, aux HUG, portant sur 7900 patientes ayant bénéficié de soins d'affirmation de genre, incluant notamment des chirurgies de réattribution sexuelle. Cette étude montre que le taux de regrets est inférieur à 1%, un chiffre qu'elle trouve modeste quoique significatif. Elle le compare aux regrets après une vasectomie (6%), soulignant que cela ne justifie pas des délais excessifs ou des restrictions pour celles qui en ont besoin. Elle critique notamment la mise en place de délais imposés, comme une période d'attente obligatoire de 18 mois pour accéder aux traitements hormonaux, qu'elle juge arbitraires et souvent inutiles. Elle rappelle que la souffrance liée à la dysphorie de genre nécessite une réponse médicale appropriée, et que les standards de soin actuels sont le meilleur outil connu pour y répondre, même s'ils continueront d'évoluer.

Elle observe que la visibilité accrue de la transidentité est parfois instrumentalisée de manière malveillante. Elle cite des ouvrages comme *La fabrique de l'enfant transgenre*, qu'elle critique pour ses généralisations sans base scientifique, et *Transmania*, qu'elle juge encore plus préoccupant. Selon elle, ce dernier tente de s'appuyer sur des faits scientifiques erronés pour justifier des discours dangereux, utilisant des méthodes de manipulation similaires à celles d'Hitler, qui habillait ses mensonges de causalités pseudoscientifiques pour légitimer ses idéologies haineuses. Elle dénonce l'impact de ces ouvrages, qui alimentent des préjugés, entravent les débats constructifs et causent une grande souffrance aux personnes concernées.

Elle revient également sur l'année 2017, lorsqu'elle a décidé de faire sa transition. A cette époque, elle a rencontré un médecin qui, bien qu'honnête, a reconnu ne pas connaître les standards de soins pour les personnes transgenres. Elle insiste sur la nécessité de former les professionnels de santé à ces protocoles, rappelant que des standards comme ceux de la WPATH

(Association mondiale des professionnels de santé transgenre) sont essentiels pour garantir des soins appropriés. Elle milite pour que les personnes transgenres soient accompagnées par des praticiennes qualifiées et non par des individus exprimant des opinions personnelles sous couvert d'autorité médicale.

Elle conclut en rappelant que les préjugés actuels autour de la transidentité évoquent ceux des années 1980 sur l'homosexualité, où l'on craignait une « contagion » idéologique. Elle déplore que certaines continuent de présenter la transidentité comme une « idéologie subversive », mais insiste sur le fait que personne ne devient transgenre simplement en écoutant ou en lisant sur le sujet. Selon elle, la clé est un accompagnement bienveillant et informé, adapté aux besoins des personnes en souffrance, afin de les aider à trouver leur propre chemin.

Une commissaire PLR demande des détails sur les délais liés aux différentes étapes du parcours : quel a été le temps entre le test neuropsychologique et le début des traitements hormonaux, ainsi que les autres processus qui se sont succédé ? Ensuite, elle note que beaucoup a été dit sur les vêtements et les normes de genre imposées pendant l'enfance, notamment l'épisode du refus de la robe, mais elle aimerait entendre davantage sur le ressenti corporel. Pour elle, cela soulève deux questions distinctes : d'une part, l'impact des codes sociaux et ce que la société décide de définir comme féminin ou masculin, et, d'autre part, le ressenti intime vis-à-vis de son propre corps.

Lynn Bertholet évoque son expérience personnelle avec l'automédication avant son diagnostic et le début de son parcours médical. Dès 2008, elle avait commencé à acheter des hormones sur internet, consciente des risques, mais déterminée à avancer dans son processus. Elle avait pris soin de s'informer, évitant certains médicaments, comme l'Androcur, qu'elle jugeait trop risqué pour le foie à long terme. Elle explique avoir utilisé des doses qu'elle estimait correctes, mais déconseille aujourd'hui cette pratique en raison des dangers qu'elle comporte.

En 2014, elle a pris rendez-vous avec le docteur aux HUG. Entre son appel et son premier rendez-vous, sept mois se sont écoulés. Lorsqu'elle a commencé les consultations, elle a suivi un protocole rigoureux comprenant trois mois de suivi avec une psychologue sous la supervision d'un psychiatre. Après environ cinq mois, elle a rencontré le docteur pour discuter des prochaines étapes. Elle souhaitait alors une attestation pour une chirurgie en Thaïlande, après avoir décidé de ne pas se faire opérer en Suisse, notamment au CHUV, où elle avait été mal reçue. Elle explique que la dysphorie qu'elle ressentait par rapport à son corps la poussait à rechercher une congruence physique, notamment par

une chirurgie de réattribution sexuelle et une chirurgie faciale, qui ont été pour elle des étapes cruciales.

Elle illustre l'importance de ces opérations avec une anecdote sur une amie, qui avait besoin d'une chirurgie faciale pour atténuer ce qu'elle percevait encore comme des traits masculins. Bien que considérée comme déjà « jolie » selon des standards conventionnels, son amie ressentait un profond besoin de s'éloigner de son apparence passée pour mieux se retrouver dans son genre ressenti. Elle souligne que ce type de chirurgie n'est pas une question esthétique, mais une réponse à un besoin identitaire profond.

En abordant les défis administratifs et médicaux, elle critique les démarches des assureurs qui, parfois, cherchent à limiter ou à arrêter les traitements hormonaux après deux ans. Ces décisions, selon elle, causent un stress et une souffrance graves aux personnes en transition, surtout lorsque des expertises sont imposées par des professionnels insuffisamment formés. Elle milite pour regrouper les cas de chirurgie et de transition complexes dans des centres spécialisés, citant les limites des pratiques actuelles, notamment au CHUV, où elle estime que l'expertise est insuffisante pour répondre aux besoins des patients et patientes.

Elle revient également sur sa relation à son prénom. Initialement, elle s'identifiait à Gwendolyne dans son dialogue intérieur, un prénom que son ex-femme trouvait trop long. Cette dernière lui avait suggéré un surnom plus court, et elle avait choisi « Lynn », inspirée par Lynn Conway, une ingénieure transgenre célèbre dans le domaine de la microélectronique, dont le parcours et le courage l'ont profondément influencée.

Elle conclut en soulignant l'importance de standards de soins adaptés, non seulement pour accompagner les personnes en transition, mais aussi pour éviter des souffrances inutiles liées à des obstacles administratifs ou médicaux. Pour elle, la transition n'est pas nécessairement une question d'opérations, mais une quête d'harmonie avec soi-même, et cela nécessite un accompagnement respectueux et compétent.

La commissaire PLR souligne que les objets parlementaires dont il est question ne visent pas à empêcher les consultations ou l'accès à des soins médicaux en général, mais à limiter la prescription de médicaments, particulièrement pour les mineures. Selon elle, l'intérêt du monde politique pour cette question se concentre largement sur les adolescentes.

Elle explique que cette focalisation découle de l'idée que l'adolescence est une période complexe, marquée par des changements majeurs et des questionnements sur l'identité. Les politiques s'inquiètent des décisions perçues comme irréversibles, avec la crainte que des mineures puissent

regretter certaines démarches une fois devenues majeures. Toutefois, elle insiste sur le fait qu'à l'âge adulte, chacune est libre de faire ce qu'elle souhaite de son corps, et que cette autonomie devrait être respectée. Elle conclut en affirmant que ces débats, bien que légitimes, ne doivent pas entraver les droits et les besoins des personnes en souffrance.

Lynn Bertholet comprend les questionnements soulevés et insiste sur l'importance de répondre à toutes les interrogations, car, selon elle, il n'y a jamais de mauvaise question. Elle souligne cependant que les réponses doivent reposer sur des bases solides. En réponse à l'affirmation « je pense que », elle demande sur quelles bases scientifiques cette opinion s'appuie, car il est essentiel de se tourner vers l'avis des professionnelles compétentes pour traiter de ces questions.

Elle reconnaît que les préoccupations autour des mineures sont légitimes, mais rappelle que les réponses doivent venir de spécialistes, notamment en pédopsychiatrie, qui étudient ces cas complexes. Elle évoque des situations où des jeunes disent vouloir entreprendre une transition, mais changent d'avis par la suite, et insiste sur l'importance d'un accompagnement approprié. Elle partage un exemple issu d'Epicène : une mère d'un garçon de 4 ans, rencontrée lors d'une formation donnée à l'Université de Genève, s'interrogeait sur le comportement de son fils qui aimait se maquiller et demandait à porter des robes. La mère pensait que son fils pourrait être transgenre. Elle lui a répondu qu'il était impossible de le savoir à cet âge, car ce n'était pas le véritable enjeu. L'important, selon elle, est de laisser l'enfant expérimenter librement. Dans 70% des cas, comme ici, l'enfant finit par adopter d'autres centres d'intérêt, par exemple, jouer au football, sans conserver ce besoin d'explorer des codes associés à un autre genre. L'essentiel est que l'enfant ait pu tester sans ressentir de pression ou de rejet.

Elle ajoute que cela évite de renforcer un modèle où l'enfant croit devoir être aimé uniquement s'il correspond aux attentes parentales. Elle s'appuie sur les travaux de Piaget pour rappeler que les enfants n'ont pas la notion d'amour inconditionnel et cherchent à plaire à leurs parents, ce qui peut les pousser à réprimer leurs ressentis. C'est pour cette raison que beaucoup de jeunes expriment, dans un premier temps, une souffrance liée au genre à travers un prisme de peur ou de déception vis-à-vis de leurs parents.

Elle critique aussi l'utilisation d'études biaisées, comme celles portant sur la « dysphorie de genre rapide » (*Rapid Onset Gender Dysphoria*), basées sur des questionnaires remplis non par les jeunes elles-mêmes, mais par leurs parents, souvent issus de milieux évangéliques américains. Ces travaux, mal fondés, ont pourtant été publiés et amplifiés avant qu'un correctif ne soit demandé six mois plus tard. Pendant cette période, ces idées ont nourri des

discours réducteurs, affirmant que la transidentité serait une mode alimentée par les réseaux sociaux.

Elle poursuit en établissant un parallèle avec d'autres décisions importantes que peuvent prendre des mineures. Une jeune fille de 15 ans peut décider seule de se faire avorter sans l'accord de ses parents. Une adolescente de 16 ans atteinte de leucémie peut choisir de suivre un traitement contre l'avis parental. Ces exemples montrent qu'à partir d'un certain âge, la capacité d'autodétermination des jeunes est reconnue par les professionnelles de santé.

Elle cite une présentation faite à l'Université de Genève par Michelle Cottier et Samia Hurst, lors de laquelle un concept clé a été évoqué : « L'autodétermination inclut aussi le droit de se tromper. » Elle explique que, si l'on privait les jeunes de ce droit, on devrait interdire le mariage, puisqu'une fois sur deux, les gens se trompent. Selon elle, il s'agit d'un équilibre entre protection et autonomie, dans lequel les décisions des jeunes doivent être accompagnées et respectées, tout en tenant compte de leur capacité d'autodétermination.

Une commissaire PLR précise que, contrairement à d'autres décisions personnelles, le mariage est interdit aux mineures. L'auditionnée répond que le mariage est interdit aux mineures parce qu'il ne s'agit pas seulement d'un droit personnel, mais d'un droit qui implique d'autres personnes. Elle explique que cette distinction entre les droits purement personnels et ceux qui engagent autrui est essentielle. Par exemple, si une mineure se marie, les parents ont une obligation d'entretien vis-à-vis du couple, ce qui justifie qu'ils aient leur mot à dire. En revanche, si une mineure décide de suivre une chimiothérapie contre l'avis de ses parents, cela relève exclusivement de son droit personnel, car cette décision n'implique qu'elle. Elle souligne ainsi la différence fondamentale entre ces deux types de droit.

La commissaire PLR conteste en précisant qu'en Suisse, le mariage est interdit aux mineures, tout comme la stérilisation des mineures. Elle explique que cela n'est pas une question de consentement personnel, mais une interdiction légale visant à protéger les mineures, car ces décisions ont des implications profondes et irréversibles. Ainsi, même si une mineure est en mesure de donner son consentement éclairé, ces actes restent interdits par la loi.

Lynn Bertholet explique que, bien qu'il soit rare, elle connaît deux cas en Suisse où des mineurs ont subi une réassignation sexuelle entraînant une stérilisation. Dans ces deux cas, la chirurgie a été pratiquée avec l'autorisation des parents, le consentement de la jeune concernée et l'avis favorable de deux

psychiatres. Ces interventions ont été réalisées entre 17 et 18 ans en Suisse alémanique.

Elle reconnaît que la question du genre perturbe profondément la vision que la société a de ces sujets, mais elle ne comprend pas pourquoi une jeune pourrait décider seule de suivre ou non une chimiothérapie, qui peut avoir des impacts sérieux sur la fertilité, alors qu'un traitement comme les bloqueurs d'hormones, aux effets généralement réversibles, soulève tant de débats. Elle estime que ces traitements permettent souvent une période de réflexion d'un an à un an et demi, offrant à la jeune le temps nécessaire pour mûrir sa décision. Pour elle, ce temps est précieux pour envisager sereinement les étapes suivantes.

Une commissaire LC s'interroge sur la tension entre l'évolution des connaissances et une société où tout semble aller plus vite, notamment chez les adolescentes, souvent en quête d'identité. Elle souligne que beaucoup de jeunes se posent des questions sur leur genre, peuvent être en détresse ou avoir des tendances suicidaires, mais qu'il est nécessaire de poser des limites. Selon elle, ces limites ne doivent pas être perçues comme un rejet du « phénomène transgenre », mais comme une manière de garantir un accompagnement réfléchi et responsable.

Elle estime que la majorité légale, le passage à l'âge adulte, constitue une limite naturelle et importante, car cela marque une étape où l'individu a acquis une certaine maturité. Elle reconnaît aussi la nécessité de passer par des étapes structurantes, comme l'accompagnement psychiatrique ou psychologique, qui reste un passage obligé. Les bloqueurs de puberté, bien qu'utiles, restent des hormones de synthèse qui bloquent le fonctionnement naturel du corps, et, selon elle, une prudence est nécessaire dans leur utilisation. Attendre deux ans avant de prendre certaines décisions, comme commencer des traitements hormonaux, n'est pas forcément négatif. Cela permet une réflexion plus approfondie et un accompagnement qui tient compte de la souffrance vécue par les jeunes.

Lynn Bertholet commence par expliquer qu'elle a eu beaucoup trop de temps pour réfléchir à sa transition. Si elle avait pu entamer ce processus dès l'enfance, au moment où elle en parlait à sa mère, elle n'aurait pas eu à supporter certaines conséquences aujourd'hui, comme des séances d'épilation coûteuses ou une voix qu'elle considère comme trop masculine, qui entraînent encore des malentendus au téléphone, où on lui répond parfois « Bonjour Monsieur ».

Elle critique le fonctionnement actuel de la médecine, où la santé est souvent traitée comme un marché soumis à la concurrence. Elle regrette que

certaines médecins puissent traiter des patientes transgenres sans avoir de formation spécifique. Si des améliorations sont visibles dans les hôpitaux universitaires et le secteur public grâce à une meilleure application des standards de soins, elle souligne que cela n'est pas encore généralisé. Ces standards, tels que ceux de la WPATH, prévoient un accueil attentif, des discussions approfondies et une décision partagée entre la jeune et les professionnelles, comme cela se fait pour des décisions telles que l'accès à la contraception ou à l'avortement.

Elle appelle à poser des limites claires, mais insiste sur le fait qu'elles doivent être établies par des professionnelles formées. Elle s'oppose fermement à l'idée qu'une jeune puisse accéder à des traitements hormonaux sans passer par une médecin qualifiée, rappelant que ces traitements peuvent avoir des effets secondaires sérieux qui nécessitent une évaluation rigoureuse. Elle critique également les chirurgiens réalisant des vaginoplasties ou des phalloplasties sans une formation adéquate, ce qui peut entraîner des complications graves et des interventions mal réalisées.

Elle estime qu'il est essentiel que le débat politique se concentre sur le véritable problème : le manque de formation des professionnelles de santé. Elle déplore que trop de temps soit perdu à débattre de faux problèmes, alors que la priorité devrait être la mise en place d'une meilleure formation. Elle considère qu'imposer des certifications, comme celles proposées par la WPATH, garantirait une prise en charge plus sûre et de meilleure qualité.

Une commissaire PLR souhaite aborder la non-binarité. Elle explique qu'elle a du mal à comprendre ce concept, en particulier l'idée que quelqu'un puisse se sentir parfois homme, parfois femme, ou ni l'un ni l'autre. Elle demande donc une clarification sur cette question, en reconnaissant qu'elle a besoin d'être éduquée sur le sujet. Elle exprime également une certaine inquiétude, estimant que ces discussions sur la non-binarité pourraient affaiblir le combat pour les droits des personnes transgenres en apportant de la confusion dans le débat public. Selon elle, cela pourrait même alimenter la transphobie. Elle conclut en demandant son point de vue sur ce sujet, même si elle reconnaît que cela peut s'écarter de la discussion actuelle, tout en étant une question à laquelle il faudra répondre.

Lynn Bertholet partage son propre cheminement de pensée, notamment lorsqu'elle a vu pour la première fois un homme transgenre enceinte. Cela l'avait d'abord troublée, car, pour elle, porter un enfant représente le sommet de la féminité. Elle explique que c'est une expérience qu'elle-même regrette de ne pas avoir vécue. Elle évoque aussi son regret de n'avoir aucune photo d'elle jeune, une période où elle aurait aimé être une « jolie fille ». Ces absences marquent encore son parcours. Lorsqu'elle a discuté avec un homme

trans qui souhaitait porter un enfant, tout en laissant pousser sa barbe et en vivant pleinement son identité masculine, elle a d'abord eu du mal à comprendre cette démarche. Mais, en échangeant, elle a réalisé qu'il ne se voyait pas comme « un homme qui veut concevoir », mais comme un être humain désireux de porter un enfant. Elle conclut que cette décision relève d'un droit personnel et qu'elle ne voit pas en quoi cela devrait affecter la vie des autres. Cela l'a aussi poussée à réfléchir sur les stéréotypes liés à la binarité.

Elle mentionne les travaux de Denise Medico, chercheuse valaisanne et canadienne enseignant à l'UQAM, qui a beaucoup étudié la psychologie et les questions de genre. Selon cette chercheuse, les luttes des personnes trans binaires et non binaires, bien qu'interconnectées, répondent à des besoins différents. Pour elle, ces différences ne signifient pas une opposition, mais une complexité qui peut créer une confusion dans l'opinion publique, surtout dans des sociétés judéo-chrétiennes où la binarité reste dominante.

Elle souligne que les identités non binaires ne sont pas nouvelles et ont existé dans de nombreuses cultures. Elle cite les hijras en Asie du Sud, les māhū en Polynésie et les « deux esprits » en Amérique du Nord, qui étaient souvent valorisés pour leur rôle social particulier. Elle estime que ces identités sont souvent façonnées par des constructions sociales propres à chaque culture, qu'elle respecte, mais qu'elle ne considère pas comme universelle.

Elle conclut en affirmant qu'elle n'a aucun problème avec les personnes non binaires, tant que leur choix est personnel. Toutefois, elle reconnaît que la non-binarité peut parfois compliquer le combat des personnes transgenres binaires, qui luttent déjà pour leur reconnaissance. Elle insiste sur l'importance de la solidarité et sur la nécessité d'accepter chacun dans ses différences. Pour elle, il ne s'agit pas d'opposition, mais de cohabitation, où chaque identité mérite d'être respectée et comprise.

La commissaire PLR explique que les parcours des personnes non binaires peuvent parfois renforcer certaines inquiétudes, notamment celles liées à l'irréversibilité des changements physiques. Par exemple, si une personne non binaire se sent femme aujourd'hui et se sent homme cinq ans plus tard, cela peut alimenter des anxiétés concernant la permanence des transitions médicales et leur impact sur le corps.

Lynn Bertholet explique que, bien qu'elle soit née homme, l'idée d'irréversibilité est un mythe. Elle illustre ce point en affirmant que, si elle voulait revenir en arrière, elle pourrait, par exemple, se faire retirer sa poitrine ou interrompre son traitement hormonal. Elle évoque également les parcours de personnes non binaires, qui peuvent se sentir femme à un moment, puis homme plus tard, et estime que cela reflète une fluidité qui défie les stéréotypes

rigides de genre. Elle partage l'exemple d'une personne non binaire occupant un poste de direction dans une grande institution financière internationale. Cette personne, parfois en femme et parfois en homme au travail, prouve que la compétence prime sur l'apparence ou le genre. Pour elle-même, se sentir femme était une évidence, mais elle raconte les mois extrêmement douloureux qu'elle a vécus lorsqu'elle devait encore se présenter en homme au travail, avec des horaires épuisants. Cela a été particulièrement difficile émotionnellement, au point de l'affecter physiquement.

Elle évoque la non-binarité comme une identité complexe, parfois plus difficile à vivre que celle des personnes trans binaires. Elle donne l'exemple d'une amie transgenre, qu'elle décrit comme très jolie, et qui n'a aucun problème à passer inaperçue dans la rue. Pour cette personne, la transition semble plus facile, car elle s'inscrit pleinement dans la binarité. En revanche, pour les personnes non binaires, qui ne se sentent ni complètement homme ni complètement femme, le chemin est souvent plus difficile, car elles doivent naviguer entre des stéréotypes et une société qui valorise encore la binarité. Elle observe également que beaucoup d'hommes transgenres ne choisissent pas la phalloplastie et que certaines femmes trans ne recourent pas à la vaginoplastie. Elle souligne que ces décisions n'enlèvent rien à leur identité. Ces choix, souvent liés à leur confort personnel ou à leur sexualité, montrent que l'opération n'est pas nécessaire pour valider leur genre. Elle conclut que le genre ne se réduit pas à l'image corporelle ou à la chirurgie, et qu'il est important de comprendre que chaque personne est différente dans son cheminement. Cela permet de mieux accepter et soutenir les divers parcours, qu'ils soient binaires ou non binaires.

Lynn Bertholet souligne que beaucoup de représentations reposent sur des imageries populaires simplistes de ce qui est « homme » ou « femme » et insiste sur le fait qu'il est essentiel d'aller au-delà de ces stéréotypes. Selon elle, nous pouvons tout à fait reconnaître qu'un homme peut être né femme, ou qu'une personne puisse naviguer entre les genres, même si cela complexifie notre perception habituelle des identités. Elle invite à prendre du recul sur notre vision, qui se laisse profondément influencer par la culture et les normes de la société dans laquelle nous vivons. Elle souligne que, dans de nombreuses autres sociétés, la non-binarité va de soi et s'intègre dans les structures culturelles. Elle s'interroge alors : pourquoi notre société peine-t-elle à accepter ces identités alors même qu'elles n'ont aucun impact négatif sur la vie des autres ? Elle conclut en soulignant l'importance de remettre en question nos préjugés pour comprendre et accepter la diversité des parcours et des identités.

Audition de Adèle Zufferey, directrice de la Fondation Agnodice

L'auditionnée est psychologue et psychothérapeute, formée en psychologie clinique et du développement à l'université de Genève et a été assistante de recherche de Denise Medico, chercheuse psychologue clinicienne spécialiste des questions de genre qui a procédé à une revue de la littérature existante sur les jeunes transgenres et non-binaires. Adèle Zufferey s'est par la suite formée en sexologie clinique et en psychothérapie, puis en psychotraumatologie. Elle a également travaillé dans la recherche clinique autour des questions de genre, et a notamment mené une étude avec des collègues sur les tentatives de suicide des jeunes transgenres en Suisse romande. Elle travaille depuis neuf ans à la Fondation Agnodice et en a repris la direction depuis deux ans.

La Fondation Agnodice est située à Lausanne, mais s'occupe de toute la Suisse romande. Elle accueille des jeunes et des familles qui se questionnent par rapport à l'identité de genre. La Fondation PROFA s'occupe des individus majeurs depuis 2016. La Fondation Agnodice a été fondée il y a dix-huit ans avec la volonté de réunir les professionnelles de la santé et du social, afin d'améliorer les pratiques dans les soins apportés aux personnes vis-à-vis de la diversité de genre. En 2016, la fondation s'est rendu compte que l'accompagnement des personnes mineures différait beaucoup de celui des personnes majeures, et elle a ainsi pris la décision de se concentrer sur l'accompagnement des personnes mineures. Les psychologues au sein de la fondation sont formés spécifiquement à cet effet.

Au sujet des différents objets, le PL 13324 utilise une terminologie incorrecte par rapport à la réalité scientifique. Les recherches cliniques et les protocoles d'accompagnement sont très clairs au niveau international alors que le projet de loi semble rassembler un certain nombre de paniques morales. La commission nationale d'éthique montre la distinction entre les standards de soin et les débats publics qui peuvent se montrer défavorables envers les personnes concernées. Ce projet s'appuie sur des peurs et présente donc des risques pour l'accès sécuritaire aux soins, et comprend des éléments semblant difficilement applicables d'un point de vue juridique, notamment au sujet des prérogatives cantonales et fédérales. Au niveau fédéral, la non-discrimination et l'accès à des soins de qualité doivent être garantis.

Le PL 13327 est quant à lui un texte tout à fait adéquat, et le projet semble bien construit. Il est néanmoins important de préciser certains termes, car certaines thérapies sont appelées à tort thérapies de conversion.

Concernant la M 3010, plusieurs points sont intéressants. Il est là aussi nécessaire d'être attentif au vocabulaire, car le terme de réassignation sexuelle est utilisé dans la pratique et dans la littérature scientifique pour les chirurgies,

ce qui peut prêter à confusion. L'hormonothérapie est ainsi nommée traitement d'affirmation de genre, car elle n'a pas d'effet sur les organes génitaux. De plus, au sujet du consentement libre et éclairé, il est bien entendu important de poursuivre le financement des études pour l'accompagnement médical.

Néanmoins, avec les données à disposition aujourd'hui, il est tout à fait possible de présenter les bénéfices et risques des traitements existants, et le consentement libre et éclairé peut dès lors être obtenu par des professionnelles formées pour l'accompagnement de la population transgenre. En outre, la nécessité d'un accompagnement par une psychiatre est discutable. Un accompagnement psychothérapeutique est bien entendu nécessaire, mais de l'enfermer uniquement dans un carcan médical peut poser le risque d'engorger un système déjà saturé, avec peu de psychiatres formées sur ces questions. Les soins d'affirmation de genre, qu'ils soient pédopsychiatriques ou psychothérapeutiques sont de même qualité. Cependant, en cas de comorbidités psychiatriques importantes, la pratique actuelle consiste à faire appel à une pédopsychiatre. Pour terminer, la question des 18 mois est aussi discutable, car il s'agit de savoir sur quelle base ce délai est établi. A la Pitié Salpêtrière à Paris par exemple, le temps moyen entre un premier entretien clinique et un premier entretien endocrinologique pour discuter des traitements hormonaux est de vingt-quatre mois environ. Adèle Zufferey et ses collègues ont mené une réflexion à ce sujet et ont constaté que le temps moyen est de dix-huit mois. Néanmoins, ce laps de temps peut être plus ou moins rapide en fonction des jalons à respecter. Le risque est donc que certaines professionnelles pas suffisamment formées ne prennent pas en compte l'individualité des personnes et considèrent que le délai de dix-huit mois fait foi. La commission nationale d'éthique préconise d'ailleurs de traiter chaque cas individuellement. Il n'existe pas d'homogénéité de parcours de transition pour les mineures et l'accompagnement est très variable selon des critères environnementaux, familiaux, culturels, psychiatriques et psychothérapeutiques.

L'aspect pluridisciplinaire permet donc de faire de chaque cas une situation spécifique avec sa propre temporalité. Par exemple, la fondation a accompagné une personne pour laquelle le délai entre la première discussion et le début de l'hormonothérapie a été de 5 ans, en raison du nombre important de jalons à atteindre.

Une commissaire PLR demande confirmation de sa compréhension selon laquelle l'auditionnée redoute que le délai de 18 mois entre un premier entretien psychologique et la prescription d'hormones devienne un standard.

Cette dernière confirme que le fait d'appliquer cette règle à toutes les situations est inopportun. Certaines situations sont claires depuis très

longtemps, les jalons peuvent être établis aisément, et l'accompagnement se fait de manière très fluide. Pour ces cas, si au bout de dix mois tous les voyants sont au vert, il serait dommage de prolonger l'attente et de fait de rajouter de la souffrance psychique à la personne. En outre, toutes les mineures ne sont pas cognitivement au même stade à un âge donné.

La commissaire PLR précise qu'il s'agit d'un texte parlementaire, et que l'idée était d'avoir une position pluridisciplinaire. La distinction entre psychiatre et psychologue n'était pas forcément adéquate. Les HUG, qui ont une prise en charge pluridisciplinaire, ont indiqué lors de leur audition qu'il existe forcément des délais. En outre, l'accord des parents est requis. La pratique des HUG a paru satisfaisante aux membres de la commission, mais il a néanmoins été porté à leur attention que la pratique privée peut parfois être discutable. Certaines prises en charge ont été faites par une seule personne en trois mois. L'objectif du texte est donc d'obliger la pluridisciplinarité et de concentrer ce type d'accompagnement aux HUG afin d'éviter les dérives. L'adolescence est une période difficile, et il faut épargner aux mineures le risque de se faire mal conseiller.

Adèle Zufferey confirme que la pratique en milieu hospitalier et la pratique en privé peuvent être différentes. La Fondation Agnodice ne fait pas de psychothérapie à long terme, mais dirige les personnes vers les thérapeutes installées en privé ou en hospitalier. Les individus présentant des comorbidités psychiatriques importantes sont dirigés en hospitalier. Par comorbidité importante, il est entendu par exemple un trouble de la personnalité très décompensé, qui peut altérer la capacité de discernement, ou des symptômes psychotiques tels que des hallucinations auditives ou visuelles. Pour ces cas, l'accompagnement en milieu hospitalier est fortement recommandé, mais cela ne signifie pas que la personne ne pourrait pas avoir accès à un traitement pour une dysphorie de genre. Il s'agit de savoir quelle est la priorité, soit le genre ou la comorbidité.

Au sujet des réseaux privés, les endocrinologues pédiatres installées à leur compte sont très peu nombreuses et le consentement des parents est requis pour un accompagnement endocrinologique, qu'il soit pour un retard de puberté ou une hormonothérapie. Adèle Zufferey n'a la connaissance que d'un cas pour lequel le consentement des parents n'a pas été requis, suite à une décision de justice. L'aspect pluridisciplinaire entre en compte à partir du moment où la question de la médicalisation se pose. Certaines personnes transgenres ou non binaires ne souhaitent en effet pas d'hormonothérapie. En cas de médicalisation, un contact avec une endocrinologue est nécessaire, ainsi qu'avec la pédiatre de l'enfant. Au vu du fait que les situations sont tellement individuelles, le réseau pluridisciplinaire varie énormément selon les cas, et

peut impliquer plus ou moins d'actrices. Agnodice chapeaute donc ces réseaux et les échanges entre les actrices. Le renvoi en milieu hospitalier est donc adéquat pour les cas exceptionnels présentant des comorbidités, mais une pédopsychiatre formée spécifiquement sur ces questions peut convenir. Un renvoi systématique au milieu hospitalier risque de provoquer une situation telle que celle qui s'est produite en Angleterre avant la décision de la fermeture de la clinique Tavistock. Cette clinique a fermé, car le NHS a décrété qu'il n'était pas possible de n'avoir qu'un seul centre de compétence avec cinq ans d'attente. Le NHS a donc décidé d'ouvrir d'ici quatre à cinq ans une quinzaine de centres spécialisés dans les accompagnements de genre à travers l'Angleterre.

Adèle Zufferey, à la question de la commissaire libérale-radicale, explique que la Fondation Agnodice est subventionnée par le département vaudois de la Santé et qu'elle se trouve sous l'égide de la médecin cantonale. Le canton de Vaud fournit implicitement des prestations pour les autres cantons. La fondation reçoit aussi des subventions du canton du Valais, pour le travail qu'elle effectue en milieu scolaire. Elle a en effet établi un protocole d'accompagnement des jeunes transgenres et non binaires à l'école, nommé décision 187 et le canton du Valais s'est basé sur ce guide pour établir son propre protocole. Au sujet de Genève, la fondation collaborait de manière satisfaisante avec le DIP, mais elle a petit à petit laissé la main au Refuge, qui était aussi en contact avec le DIP, en raison d'un afflux de situations valaisannes. Cependant, la Fondation Agnodice peut intervenir pour certaines situations genevoises en cas de contact direct.

Une commissaire LC s'enquiert du nombre de personnes mineures accompagnées par la fondation sur une année, car elle peine à se représenter le pourcentage d'individus concernés, sachant que l'adolescence est une période de questionnements.

Adèle Zufferey déclare que l'adolescence est en effet une période difficile, mais qu'il s'agit de ne pas considérer les questionnements comme une incapacité d'autodétermination. Les thérapies d'accompagnement et d'affirmation de genre ont pour but d'accueillir les personnes dans leur diversité. Pour avoir accès à l'aspect psychique d'une personne, il faut respecter l'autodétermination, soit le prénom et le ou les pronoms avec lesquels la personne se présente, afin d'éviter qu'elle soit sur la défensive. La thérapie vise à approfondir les questionnements pour pouvoir déterminer si une dimension identitaire forte par rapport à l'autre genre existe. Par conséquent, la psychothérapie en amont est importante avant toute médicalisation. En outre, durant la période de réflexion, certaines personnes vont se définir de différente manière à différents moments.

Par rapport au nombre d'individus concernés, les personnes transgenres représenteraient entre 1,2 et 2,7% de la population mondiale. Dans le canton de Vaud, une étude d'UniSanté parue il y a deux mois a révélé que 1,9% des jeunes de 15 ans se définissaient comme transgenre, contre 2,9% de jeunes de 18 ans. La Fondation Agnodice, qui regroupe les situations de toute la Romandie, et poursuit dans certains cas l'accompagnement de personnes devenues majeures en cours de traitement, a comptabilisé 97 situations actives et 46 nouvelles en 2024. A l'international, il a été démontré qu'à partir du moment où ces questions ont été évoquées plus librement, que les accompagnements ont été ouverts et que les professionnelles ont été davantage formées, le nombre de situations a augmenté. Tel a d'ailleurs été le cas pour l'homosexualité dans les années 2000. Néanmoins, une baisse s'observe depuis 2021 ; la fondation a observé chaque année une augmentation des nouvelles situations entre 2019 et 2021 puis un déclin (18 nouvelles situations en 2018, 39 en 2019, 52 en 2020, 99 en 2021, 81 en 2022, 51 en 2023, 46 en 2024). Cet état des lieux va donc à l'encontre du postulat selon lequel l'augmentation serait exponentielle. Sur les huit dernières années, le nombre de 500 mineurs accompagnés sur toute la Romandie est donc assez faible et ne représente pas les 1,9% des jeunes de 15 ans. Certaines personnes ont en effet pu cocher leur identité trans dans le document de l'étude, mais ne peuvent pas faire leur coming-out pour des raisons systémiques et/ou familiales par exemple.

Au questionnement de la commissaire LC sur la nécessité de légiférer, Adèle Zufferey estime en effet qu'il est inutile de légiférer. Le Conseil fédéral a clairement indiqué que les autorités cantonales n'ont pas pour but de donner des guides thérapeutiques et demande aux autorités médicales de faire selon les règles de l'art et des sciences. La Suisse alémanique a repris des guidelines internationales adaptées aux contextes allemands et suisses pour l'accompagnement des mineures, et le Conseil fédéral a décrété qu'elles protégeaient déjà suffisamment les jeunes par rapport d'éventuelles dérives, et que l'Etat n'avait pas à s'immiscer dans ce qui appartient à la vie privée, à la famille et aux professionnelles de la santé. La commission nationale d'éthique a recommandé d'arrêter de mettre cette question sur la place publique et dans le débat politique, car il s'agit d'une question fondamentalement médicale. Le fait de l'exposer au débat public a un impact significatif sur la santé mentale des personnes concernées. Les projets de lois sont par conséquent inutiles et risquent même de provoquer un effet délétère, surtout dans le cas du premier texte qui doute des capacités des professionnelles de la santé, malgré les standards suisses élevés.

Adèle Zufferey note ensuite que sur 46 nouvelles situations en 2024, 10 ont été complexes. Ces cas sont un peu en augmentation ces dernières années, en raison de l'état du débat public. Les questionnements et les peurs des familles sont toujours importants, mais il y a davantage de violence et de désinformation dans le débat public, notamment envers les professionnelles qui travaillent sur ces questions, ce qui amène une plus grande méfiance de la part des familles.

A la question d'un commissaire Ve, Adèle Zufferey confirme que la fondation a une perspective d'ouverture. La théorie de l'accompagnement postule que les individus évoluent à travers le temps, et qu'il faut travailler avec les éléments présents, réfléchir aux notions de genre, et avoir en tête qu'à tout moment l'individu peut changer son ou ses pronoms par exemple et la manière dont il se définit. De même, l'hormonothérapie peut être arrêtée en cours de traitement, bien que si les gonades sont retirées, un traitement hormonal à vie sera nécessaire. Ces dimensions sont abordées, de même que la question du regret. En effet, la psychologie sociale postule qu'il n'est pas possible de conscientiser le regret s'il n'est pas abordé. En intégrant cet aspect dans une thérapie, les personnes pourront y réfléchir et prendre une décision d'autant plus éclairée. Le regret devrait d'ailleurs être pris en compte dans bien d'autres dimensions, comme le fait d'avoir une famille, car 10 à 15% des personnes qui ont des enfants le regrettent. Il est possible de regretter d'avoir entrepris un traitement tout comme il est possible de regretter de ne pas l'avoir fait. Néanmoins, le regret consécutif à une non-action est psychiquement plus lourd et difficile à accepter selon le psychiatre français Christophe André. Les thérapies actuelles selon les standards de soins englobent toutes les dimensions et s'assurent que la personne arrive avec un consentement éclairé et la capacité de discernement la plus claire possible, mais un taux de regret de 0% est impossible, car il ne se rencontre pas dans la communauté humaine.

L'inconnue du regret doit être prise en compte, mais il faut tout de même souligner que beaucoup de jeunes arrivent facilement à intégrer la question. L'approche affirmative n'est donc pas de pousser les gens à agir, mais de les accueillir avec leurs questionnements à l'instant T, de les respecter dans leur autodétermination et de leur permettre de construire une réflexion générale sur leurs besoins et envies, pour par la suite pouvoir prendre des décisions médicales ou non, qui peuvent à tout moment être modifiées.

Discussion interne

Délais de traitement des travaux

En janvier 2025, les objets sont désormais depuis bientôt deux ans en commission, l'essentiel des auditions a été effectué. Cependant, concernant le PL 13327, le DSM travaille sur un amendement général et a mandaté des professionnelles du droit afin de faire parvenir, si possible prochainement, des propositions à la commission.

La commission souhaite également attendre la traduction de la prise de position de la commission nationale d'éthique, loin de se douter que ces deux éléments allaient retarder de presque un an le vote.

Amendements à la M 3010

Le groupe PLR a déposé un amendement à la M 3010. Une commissaire rappelle que les conditions de prises en charge aux HUG leur conviennent, contrairement à ce qui se passe dans le privé. L'objectif du paragraphe de l'amendement suivant : « instituer un centre d'évaluation, d'expertise et de traitement de la dysphorie du genre sous la houlette des HUG qui garantira l'évaluation pluridisciplinaire et sur le long terme des cas concernés » est, dans la limite des compétences cantonales, de renforcer la place des HUG et de minimiser celle des privés. Ceci permettra aussi de faire avancer la science et la recherche sur le sujet, dans l'intérêt de la prise en charge et dans la continuité de l'idée du consentement libre et éclairé. Le consentement libre et éclairé implique qu'avant de procéder à une IRS, il faut être mis au courant de toutes les conséquences de celles-ci, hormones et bloqueurs de pubertés compris, comme le garantirait la deuxième invite de l'amendement. Elle rappelle que de précédentes auditions ont fait part de limites aux IRS. Elle souligne qu'il est important que les personnes concernées n'idéalisent pas les résultats des IRS afin qu'elles puissent donner un consentement éclairé. Elle explique que la première invite de l'amendement vise à lutter contre le risque que ce soit la société sexiste qui pousse les personnes à mutiler leurs corps et non une dysphorie. Elle propose de concentrer les campagnes de prévention sur la lutte contre les stéréotypes de genre afin de s'assurer que la personne qui souhaite changer de sexe le fait bien parce qu'elle ne se sent pas bien dans son corps et non parce qu'elle ne se sent pas bien dans la case que la société lui a attribuée.

Un commissaire S demande au PLR quel est le lien, s'il en existe un, avec une motion traitant du même sujet et déposée par le même groupe. La commissaire PLR répond que la motion de Pierre Conne sera traitée par la commission de la santé. Ses objectifs sont à plus long terme et de portée intercantonale, notamment avec la création d'un centre spécialisé dans une dizaine d'années, voire plus. Cette idée est inspirée du système du don

d'organe. La M 3010 a des objectifs plus proches dans le temps afin de réaliser des étapes à l'interne avant de collaborer sur le sujet avec d'autres cantons. Le PLR pense que l'idéal serait une institution au niveau fédéral, puisque les cas sont peu fréquents et que la Suisse est un petit pays. Il y a donc un certain intérêt à centraliser les efforts. Elle indique que la commission de la santé va certainement temporiser la motion afin de baser leur leurs travaux sur ceux de la présente commission.

Nouvelle audition de M^me^ Samia Hurst-Majno, professeure ordinaire à l'Université de Genève et vice-présidente de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE)

La Prof. Samia Hurst-Majno revient sur contexte de la prise de position de la CNE, qui sera disponible peu après en français. La société politise énormément, y compris en Suisse, les personnes concernées, leurs proches et le personnel de santé. Ce qui fait l'art de la médecine en temps ordinaire, comme l'intérêt des patientes, la pesée des risques et bénéfices dans un cas individuel et la prise en compte des connaissances et incertitudes, se trouve pris dans une situation croisée qui rend les choses plus difficiles.

Dans ce contexte, les médecins cantonales de Vaud et de Genève ont demandé conjointement une prise de position à la CNE. Ce n'est donc pas une question que la CNE a choisi d'aborder de son propre chef. La demande vient des autorités sanitaires, perplexes devant cette situation. Des médecins du terrain, souhaitant aussi une prise de position pluridisciplinaire (sociale, juridique et éthique) ainsi que des recommandations sur le processus de prise de décision respectueux pour les personnes mineures, se sont aussi joints à la demande des médecins cantonales.

Le contexte de la prise de position englobe aussi le fait que le diagnostic de la dysphorie de genre a été mis à jour. Cela n'a pas été mis à jour par la CNE, mais par le catalogue de définitions et critères des toutes les maladies (ICD), dont la nouvelle version de l'OMS insiste sur le fait que la dysphorie n'est pas uniquement un comportement non conforme au genre assigné, mais qu'il faut que ce comportement soit fort, durable et que cela génère une souffrance afin d'être qualifié de dysphorie. Le nouveau diagnostic de l'ICD-11 s'intitule désormais « Incongruence de genre de l'enfant/l'adolescent ou de l'adulte » et ceci remplace les autres diagnostics qui sont désormais obsolètes. Le diagnostic a aussi été retiré du chapitre « Troubles mentaux » et déplacé vers le chapitre sur les « Affections liées à la santé sexuelle ». Il s'agit d'un nouveau diagnostic international et on ne sait pas encore quand l'ICD-11 sera en vigueur en Suisse. Cela suit un processus normal.

La prise de position présente une série d'enjeux différents. La CNE s'est basée sur la littérature, des interviews et la pratique du terrain pour produire ce texte. La Prof. Samia Hurst-Majno se concentre sur la partie 4 « Résumé et recommandations » de la prise de position. La CNE a conclu plusieurs éléments. Premièrement, la médecine joue un rôle important dans l'accompagnement, mais il s'agit d'un rôle limité. Les dysphories corporelles peuvent parfois être traitées efficacement par des traitements médicaux, mais le besoin d'être reconnu comme appartenant au genre auquel la personne s'identifie et être accepté n'est pas quelque chose qui va entièrement dépendre de la médecine.

Une partie de la difficulté de ces situations vient en partie du fait que la motivation des patientes est liée à l'acceptation sociétale. La manière dont la société va accepter des aspects parfois légèrement divergents des modèles attendus va être un des déterminants des demandes de traitements également. Ceci fait partie des difficultés des équipes sur le terrain. Dans notre société, il y a des normes et des attentes très profondément ancrées quant à l'apparence et au comportement des personnes en fonction de leur genre. Cela fait partie des considérations des patientes. Par le passé, cela a conduit à des traitements médicaux qui visaient à une transition médicale « parfaite », dans le but que les personnes soient parfaitement conformes aux stéréotypes de genre. Cela est appelé un « overshoot » en médecine, soit un objectif qui ne répond que partiellement aux besoins des personnes concernées et principalement aux besoins de la société. Il est important que les besoins de la société ne soient pas un facteur important dans la prise de décision. Il faut centrer les considérations sur les intérêts de la patiente individuelle. La CNE ne peut donc pas uniquement adresser des recommandations à la médecine, malgré le fait que ce soient les autorités de santé et des médecins qui ont contacté la CNE. La médecine, comme le cercle immédiat des personnes concernées, aura des moyens limités pour résoudre la situation.

C'est aussi à la société dans son ensemble qui doit remettre des conceptions autour du genre, ou la dureté avec laquelle elles les appliquent, en question. Cela fait partie de la difficulté dans laquelle ces personnes sont placées. Il faut veiller à ce que la situation des personnes souffrant d'une dysphorie de genre ne soit pas aggravée par la dévalorisation, par l'exclusion sociale, par une pression à la conformité ou par des représentations stigmatisantes. C'est pour cela que selon la CNE, il est important, et même urgent d'agir, au niveau du suivi médical et des traitements (six recommandations), au niveau de la recherche (trois recommandations) et au niveau des conditions sociales et culturelles (trois recommandations).

Au niveau du suivi médical et des traitements, la CNE recommande premièrement qu'un accès à un accompagnement interdisciplinaire de qualité soit garanti. Les centres spécialisés opèrent déjà sous ces modalités-là. Il était important qu'il y ait une recommandation sur le sujet, bien que ce soit généralement le cas.

Deuxièmement, les décisions thérapeutiques doivent être prises en fonction de l'indication médicale individuelle. Il ne s'agit pas d'une situation où l'on pourrait décider, une fois pour toutes, pour toutes les personnes, quelle serait la bonne manière d'agir. Les variations d'un cas à l'autre sont trop grandes pour cela.

Troisièmement, la CNE recommande qu'il n'y ait pas de consentement par représentation légale pour les traitements dont les effets sont des modifications corporelles irréversibles. Il s'agit d'un droit strictement personnel et donc, toute décision qui va avoir des effets irréversibles doit être réalisée par la personne mineure elle-même et capable de discernement. En revanche, en ce qui concerne les traitements dont les effets sont réversibles, une décision par représentation légale peut être envisagée. La CNE n'a toutefois jamais vu de cas où un parent demandait cela pour un enfant qui ne le demandait pas. C'est quelque chose qui doit être fait de manière conjointe.

Quatrièmement, le processus de prise de décision doit être ouvert et participatif, sur le modèle du « Share Decision Making ».

Cinquièmement, il faut éviter la pathologisation des personnes concernées.

Sixièmement, le processus de décision devrait être, si besoin, soutenu par une consultation d'éthique clinique lorsque c'est possible. Le besoin de consultation d'éthique n'est pas nécessaire dans tous les cas, mais en cas de besoin, il s'agit d'une ressource importante. Elle suppose que lors de leur audition, les membres des HUG ont déjà expliqué à la commission que cela était déjà en place à Genève.

La CNE a produit trois recommandations concernant les preuves scientifiques et la recherche. Premièrement, il faut identifier et combler les lacunes de la recherche existante. Deuxièmement, le principe de précaution ne justifie pas un renoncement systématique au traitement. Il s'agit d'une réaffirmation d'une pratique normale et pratiquée dans les faits. Et troisièmement, il faut prendre en compte les facteurs sociaux dans les études sur l'efficacité d'un traitement. Il n'est pas possible d'avoir une analyse précise de l'efficacité d'un traitement si, par ailleurs, le soutien social, le soutien familial et le contexte dans lequel la personne vit ont un grand un impact sur le traitement. Il faut donc évaluer les interactions entre ces différents aspects.

Concernant le contexte social, la CNE recommande premièrement que le genre soit compris comme un spectre comprenant différentes dimensions. Les personnes ne doivent pas se retrouver piégées à cause de la demande sociétale à procéder à des traitements qu'elles n'auraient pas entrepris ou pas dans leur intégralité si le regard de l'entourage était différent. Le fait d'être grandement majoritaires à être confortables avec les circonstances de représentations binaires du genre ne doit pas nous encourager à faire l'économie de ces considérations qui pèsent lourdement sur les personnes concernées.

Deuxièmement, la reconnaissance sociale d'une identité de genre spécifique ne devrait pas dépendre de traitements qui induisent des modifications corporelles.

Enfin, la CNE constate que les scandales autour de ce sujet nuisent aux personnes concernées et compromettent un suivi médical fondé sur les preuves.

Une commissaire LC demande à l'auditionnée ce qu'elle pense du fait que les élues s'en mêlent politiquement. Elle demande à l'auditionnée si elle pense que l'un des textes parlementaires à l'ordre du jour pourrait être bénéfique.

La Prof. Samia Hurst-Majno répond que l'individualisation des cas et la non-reprise par des textes de portée générale sont bien l'une des conclusions de la prise de position. Il faut une pesée des bénéfices/risques individuels. Concernant le temps nécessaire ou utile pour prendre une décision, ce n'est jamais le même. Ce traitement a un caractère fortement individualisé et la science et la médecine bougent. Ce sont des caractéristiques que la législation n'est pas adaptée à régler à ce niveau de détail. Il serait donc hasardeux de légiférer sur le sujet. Elle rappelle que ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de loi que les médecins vont effectuer n'importe quoi. Les médecins sont soumis à des normes. Sur la base ces normes, les parents des mineures concernées ou les personnes elles-mêmes pourraient poursuivre des médecins en justice. Ces normes sont soumises à des processus de mise à jour au fil des avancées scientifiques, ce dont la loi ne dispose pas. Au vu de la densité de normes existantes, légiférer ne serait pas utile et hasardeux.

Une commissaire PLR demande si la recommandation « imposer une psychothérapie comme condition préalable à un traitement médical somatique est inadmissible du point de vue éthique » concerne uniquement les mineures. Elle demande si cela signifie qu'une fois que le diagnostic est posé, plus aucun accompagnement psychologique n'est exigé et seul un traitement médicamenteux est prévu.

La Prof. Samia Hurst-Majno rappelle que tous les cas sont différents. Il y a souvent une souffrance suffisante pour justifier un accompagnement psychologique, et dans ce cas, cela ne se discute pas et il s'agit même d'une

indication médicale. Elle demande s'il est justifié d'exiger un accompagnement psychologique lorsqu'il n'y a pas de comorbidité, sachant qu'il ne s'agit plus d'un diagnostic de santé mentale. Elle précise que toutefois, le droit à un soin de santé mentale doit être garanti. La CNE estime que l'obligation de passer par la case psychiatrique en tant que prérequis à un traitement concernant le corps est injustifiée.

La commissaire PLR demande s'il est possible de poser un diagnostic à une mineure sans lui faire passer d'examen psychologique. Elle précise que l'adolescence est une période difficile où l'on ressent souvent du mal-être, il est donc selon elle difficile de définir s'il s'agit de dysphorie ou pas.

La Prof. Samia Hurst-Majno répond que lorsqu'il y a un mal-être suffisant, les équipes vont diriger la personne vers une psychiatre. Elle répète que le diagnostic n'est plus une maladie mentale. Elle ajoute que si une personne se tourne vers sa médecin généraliste, cette dernière recommandera de consulter une médecin spécialisée. Exiger une psychothérapie sans indication médicale ni diagnostic n'a pas de sens.

La commissaire libérale-radicale demande s'il existe une dysphorie de genre sans mal-être et la Prof. Samia Hurst-Majno répond que non, c'est un des paramètres du diagnostic, mais que la question d'un potentiel accompagnement psychologique sera déterminée par l'équipe pluridisciplinaire.

La commissaire PLR trouve que l'aspect social de la prise de position est intéressant. Elle ajoute que la partie concernant les clichés liés au genre et au dépassement des stéréotypes où elle lit « le dépassement des stéréotypes et des rôles de genre définis de manière restrictive pourrait contribuer de manière déterminante à réduire la souffrance des personnes concernées » était présent dans la motion, car ceci serait bénéfique pour tout le monde. La motion proposait aussi un délai de dix-huit mois entre le premier contact avec le personnel médical et la prise de médicament. Elle demande s'il ne faut pas accorder du temps aux personnes concernées pour leur laisser le temps de dépasser les stéréotypes de genre imposés par la société.

La Prof. Samia Hurst-Majno précise que ces recommandations s'adressent à la société et non à la personne concernée. Elle indique qu'un délai de dix-huit mois ne sera pas suffisant pour que la société change. Elle ajoute que le temps requis peut être important et demander de nombreuses consultations afin de déterminer les risques et bénéfices d'un traitement. Un délai de dix-huit mois obligatoire signifierait que, même lorsque l'équipe interdisciplinaire détermine que c'est le moment idéal, le traitement devrait être retardé. Souvent, beaucoup de temps est nécessaire, mais cela ne devrait pas être

obligatoire. De plus, certaines personnes arrivent à leur première consultation après une réflexion très avancée.

Une commissaire PLR demande quel devrait être le délai minimum. La Prof. Samia Hurst-Majno répond ne pas avoir les statistiques sous les yeux, mais que le délai de réflexion minimum déterminé par la une jurisprudence du Tribunal fédéral est de trois jours. Il faudrait demander aux équipes qui s'occupent de ces personnes quel semblerait être un délai minimal.

Une commissaire PLR estime que vouloir mettre fin à la binarité de la société et mettre fin à la politisation du sujet, comme le recommande la prise de position, est contradictoire. Elle plaide qu'un homme puisse porter une jupe et qu'une femme puisse couper la parole à un homme et que ce sont des objectifs atteignables, mais que si on remet en question la binarité, la politisation continuera.

La Prof. Samia Hurst-Majno répond qu'il s'agit d'acceptation de tout le monde et de la différence. D'un point de vue biologique, il existe des personnes intersexuées. Leur nombre s'élève à un peu plus que 2 ou 3% si on prend en compte les personnes n'ayant pas un sexe très ambigu à la naissance. Elle demande comment traiter les personnes qui ne se reconnaissent pas dans la binarité. Elle demande quelle serait la part de ces demandes d'interventions si la société n'était pas aussi stéréotypée. Elle répond que personne ne peut y répondre. Une tentative de réponse serait qu'une part importante des personnes renoncerait aux interventions, mais probablement pas toutes.

Ceci est une estimation très fondée sur ce que l'on sait, mais il reste des incertitudes. Elle ajoute que si la société améliore son acceptation de la différence et du fait que la binarité soit un spectre, il y aurait certainement moins de traitement prescrit. Elle précise qu'on ne peut pas se balader comme on veut dans le spectre du genre, et que c'est justement pour cela que c'est une situation difficile pour les personnes concernées, sinon, ces personnes choisiraient un genre qui leur serait plus confortable.

La commissaire PLR explique que selon elle, une personne transgenre passe de l'un à l'autre, et que si l'on ajoute la non-binarité, on politise encore plus le sujet, ce qui créera plus de mal que de bien.

Une autre commissaire PLR demande quel est l'âge où l'on acquiert la capacité de discernement. La Prof. Samia Hurst-Majno répond qu'il y a deux chapitres à la réponse. Premièrement, les personnes majeures sont présumées capables de discernement et le code civil suisse décrit l'incapacité de discernement. La doctrine juridique sur le sujet est basée sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, notamment l'arrêt sur un cas de repositionnement du coccyx chez une femme de 13 ans.

La doctrine a donc défini que dès 16 ans, la capacité est présumée, et qu'entre 14 et 16 ans, généralement aussi. Plus tôt, cela peut être flou, mais il faut plutôt partir du principe que la capacité de discernement n'est pas présumée. Elle précise que ceci ne concerne que la présomption, mais que la capacité doit être évaluée selon certains outils. Les patientes doivent recevoir des informations pertinentes concernant les alternatives à la procédure et aux conséquences possibles si le traitement est pratiqué ou s'il ne l'est pas. La médecin doit s'assurer que la personne n'ait pas uniquement la connaissance théorique, mais qu'il s'agit que quelque chose de réel qui la concerne.

La personne doit pouvoir raisonner avec tous ces éléments. Il doit y avoir un lien entre la compréhension et la décision. Le choix doit pouvoir être exprimé clairement. Il faut que le choix soit exprimé de manière libre de toute pression indue. Ceci ne signifie pas que la personne doit être complètement isolée et sans aucune influence pour effectuer son choix. Comme pour nous, il est normal de chercher conseil, mais la personne doit être libre de décider de suivre ces conseils ou pas. Les conseils sont tolérés tant que la personne ne les subit pas.

Ceci est l'évaluation décrite de manière générique. Plusieurs outils sont enseignés à l'UNIGE. Les équipes s'occupant d'adolescentes sont spécifiquement formées, car la capacité de discernement doit être constamment évaluée. Ces professionnelles savent qu'entre deux rendez-vous, la capacité des personnes de cet âge peut bouger. On ne peut donc pas se baser sur l'âge, il faut évaluer formellement la capacité de discernement. La doctrine définit les conditions de présomption. Chez les adultes, la capacité de discernement est présumée, mais est évaluée quand même, sauf lorsqu'il n'y a pas de signe extérieur ou lors de traitement moindres. La capacité est évaluée dès qu'il y a un signe de comorbidité de maladie mentale qui pourrait créer une cause légale, la présence de substances qui pourraient atténuer le jugement ou une décision, un signe montrant que la personne a mal compris, ou encore lorsque qu'il y a une perspective de litige avec devant la justice. Toutes ces motivations vont s'empiler pour encourager les professionnelles à évaluer formellement la capacité de discernement.

La commissaire PLR estime que parmi les différents concepts abordés, l'identité de genre est moins précise que l'identité de sexe. Elle demande à la Prof. Samia Hurst-Majno ce qu'elle en pense. Elle affirme que l'identité de genre est un terme « fourre-tout ». L'auditionnée répond que la distinction entre le genre et le sexe est utile. Elle explique que le sexe est réservé à la biologie et l'anatomie, et encore, ceci peut déjà être compliqué. Chacune a un corps, mais pas seulement, on lui revêt des éléments qui n'ont pas de signification biologique. L'identité de genre regroupe l'identité ressentie et

l'identité reconnue. C'est-à-dire « qui je me sens être » et « qui les personnes pensent que je suis ». La société crée un litige profond entre les personnes concernées, accompagnées de leur entourage de soutien, et le reste de la société.

Elle est de l'avis personnel que l'identité de genre fait partie de l'histoire personnelle d'une personne et que personne ne peut questionner cela. Elle donne l'exemple de son statut de professeure d'université, qu'elle définit comme un récit construit socialement, au vu de toutes les conditions à remplir et du fait que ce n'est pas un titre que l'on peut s'autoproclamer, contrairement au titre de mère. Elle explique que tout le monde a un ressenti plus ou moins fort de son genre. Elle définit l'identité de genre comme un sentiment profond que l'on ressent et qui, dans certains cas, sera congruent avec le récit que se fait la société sur soi et parfois ce ne sera pas le cas.

A la question d'une commissaire LC sur la prescription d'hormones à la puberté, la Prof. Samia Hurst-Majno répond qu'il est important de préciser que les équipes des HUG, qui ont déjà été auditionnées, prennent tout cela en compte. L'accompagnement des personnes mineures et adolescentes est quelque chose de courant. Terminer la puberté peut faire du mal aux personnes dysphoriques et les bloqueurs de puberté peuvent prendre du temps à agir. Elle explique que l'hormonothérapie et les bloqueurs de puberté ont des degrés de réversibilité différents et un recul différent. Les bloqueurs sont utilisés depuis longtemps dans le cadre de pubertés précoces. L'âge auquel on prend ces deux traitements est différent aussi. Les bloqueurs de puberté permettent d'offrir un temps de réflexion à la personne concernée, ce qui est utile puisque certaines personnes renoncent à effectuer une transition, à la suite de ce traitement. Les différences entre les deux traitements sont bien reconnues dans la littérature scientifique. Concernant l'hormonothérapie, c'est un traitement récent sur lequel il existe un besoin de davantage de données, mais le principe de précaution ne justifie pas l'interdiction du traitement pour autant, car il n'y a pas de signe de danger alors qu'il y a des signes de bénéfices. Elle ajoute que c'est le cas pour beaucoup de domaines de la médecine où on a beaucoup d'incertitude sur les conséquences à long terme et pourtant, on traite déjà les patientes. On en revient au cas par cas, à la clarté sur les incertitudes et à l'accompagnement psychologique.

Un commissaire UDC explique que les recommandations de la CNE lui posent un problème éthique. Si 99,8% de la population peut être très agacée par les stéréotypes de genre sans pour autant être en souffrance, cela signifie que seul 0,2% de la population en souffre. Il n'estime pas justifier de détruire les stéréotypes culturels attribués aux genres pour les 0,2% de la population en souffrance. Il trouve pertinent de diminuer les stéréotypes créant de la

souffrance, mais ne comprend pas pourquoi dans l'intervalle de ces changements, des personnes effectuent des changements physiques dans le but de se conformer à ces stéréotypes. Il ne comprend pas comment l'on peut mettre un phénomène biologique sur un pied d'égalité avec une pensée bien plus récente sur le choix du genre. Il demande comment il est possible de prescrire des bloqueurs de puberté à des personnes n'ayant pas encore développé la capacité de discernement alors qu'il a été mentionné lors d'auditions précédentes qu'il y a des risques de conséquences négatives sur le développement de l'ossature et sur la fertilité. Même dans le cas d'une mineure ayant la capacité de discernement, il demande s'il est possible que le discernement soit vraiment éclairé sur des questions telles que l'importance d'avoir des enfants plus tard. Il s'agit d'un âge où l'on ne se pose pas trop la question. Il demande si, dans ces conditions, un consentement éclairé peut être donné.

La Prof. Samia Hurst-Majno répond à la première question en indiquant qu'effectivement, seule une minorité est concernée et qu'il s'agit d'une question d'acceptation de la différence. Elle rappelle que nous vivons dans un pays où l'on protège les minorités. Dans ce cas, il s'agit d'une minorité physiologique, il est donc normal que la médecine tente de rendre la vie des personnes concernées plus simple. Si la médecine avait les moyens de changer la société, on se poserait d'autres questions. Il faut se demander comment faire en sorte que les patientes aillent mieux dans la société. Elle explique que si on accepte tout ce que la nature nous donne, on accepterait le cancer ou la tuberculose qui sont naturels. Dans ce cas-là, on arrêterait la médecine.

La médecine se demande comment offrir aux patientes une vie supportable, voilà pourquoi les HUG ont mis en place des services interdisciplinaires sans législation. Les professionnelles sont aussi parfois inconfortables avec l'idée d'intervenir chirurgicalement sur des patients dont on ne sait pas si une diminution des pressions sociétales suffirait à faire disparaître l'indication médicale. Les médecins prennent donc la meilleure solution possible, avec les outils à leur disposition. Toutes les voies présentent malheureusement des défauts et incertitudes. Les médecins vont donc faire au mieux.

Si l'on décide de légiférer de manière définitive, pour tout le monde, les dommages pourraient être graves, car la réalité est beaucoup plus nuancée que ce que les élues peuvent produire. Elle donne l'exemple de ses élèves désespérées à l'idée de savoir que la loi ne leur indique pas quoi faire. Elle leur répond que c'est une marque de confiance de la part du législateur et qu'il vaut mieux que ce soient les médecins qui prennent cette responsabilité.

Concernant les bloqueurs de pubertés, il existe des circonstances où il est clair qu'avoir plus de temps est dans l'intérêt de l'enfant. Parfois, l'indication

est posée, la demande persistante de l'enfant est présente, le diagnostic est posé et le consentement des parents est donné. Dans ce cas, il y a un consensus de l'équipe, des parents et de l'enfant et le traitement est prescrit, car il n'y a pas de raison de refuser un traitement médical indiqué lors d'un tel consensus. De plus, les bloqueurs de pubertés sont réversibles, mais ont des effets secondaires potentiellement irréversibles. Comme dans tous les domaines lorsque l'on traite des enfants, on prend le risque qu'il y ait des effets secondaires potentiellement irréversibles moyennant toutes les conditions citées. Dans le contexte d'autres traitements, il arrive qu'on ne demande même pas l'avis de l'enfant en fonction de sa capacité de discernement mais ce sera uniquement inclus dans la mesure de ses capacités. Concernant les bloqueurs de puberté, cela ne concerne pas les enfants prépubères, ou de 7 ans par exemple, qui en général bénéficient seulement d'un accompagnement psychosocial. Les bloqueurs de puberté ne sont prescrits qu'à partir de la deuxième phase de la puberté.

Le commissaire UDC répond ne pas avoir été assez éclairé.

Un commissaire S demande s'il existe d'autres sujets créant des scandales comparables dans la médecine. La Prof. Samia Hurst-Majno donne l'exemple des interruptions de grossesse aux USA. En Suisse, il n'y a pas de soucis au niveau clinique sur ce sujet. Au niveau politique, c'est régulièrement un sujet de débat, mais il n'y a pas de pression qui affecte la pratique clinique. Aux USA, certains médecins qui pratiquaient des interruptions se sont fait abattre par des opposants.

Un autre sujet créant des scandales est celui de la vaccination. Elle donne l'exemple de médecins ayant reçu des lettres d'intimidation pendant la dernière crise pandémique.

Un commissaire Ve affirme que du côté de la prise en charge interdisciplinaire et des faisceaux de compétences réunies pour analyser une situation, le processus réalisé aux HUG est convaincant. Il demande ce qu'il en est des médecins en ville. Il demande si une endocrinologue pourrait prescrire des bloqueurs de puberté.

La Prof. Samia Hurst-Majno rappelle que les actes des médecins sont régis par des directives des sociétés professionnelles qui demandent aussi une prise en charge sérieuse et interdisciplinaire. A cela s'ajoute la CNE. En principe, ces cas devraient être pris en charge dans un centre spécialisé. Elle pense que les médecins ne se pressent pas pour prendre en charge des cas aussi politisés et ont plutôt l'habitude de transmettre ces cas vers les HUG pour éviter les scandales. Les médecins ont conscience de la limite de leurs capacités et de la complexité de ces cas. Elle ajoute qu'il s'agit de situations qui demandent des

temps de discussions longs et mal rémunérés. Les médecins de villes sont donc généralement contentes que les HUG les prennent en charge.

Prise de position des partis le 13 février 2025

Pour rappel, la M 3137 n'est à ce stade pas encore déposée, les prises de position concernent uniquement le PL 13324 et la M 3010. Comme le PL 13327 est lié, les positions des partis exprimées à son sujet sont aussi mentionnées pour information, afin d'améliorer la lisibilité des débats.

Parti libéral-radical

Le PLR se dit attaché à la liberté individuelle des personnes de pouvoir choisir qui elles sont et comment elles veulent exprimer ce qu'elles sont. Le PLR est inquiet pour la protection des mineures.

C'est sous cet angle que le PLR aborde ces textes. En complément, le PLR rappelle que la liberté des unes s'arrête là où la liberté des autres commence. Il ne faudrait donc rien imposer aux autres, notamment par rapport au langage.

De ce point de vue, le PL 13324 paraissait totalement excessif au départ. Pour une commissaire PLR, au fur et à mesure des travaux accomplis en commission, l'idée derrière ce PL et l'inquiétude quant à la protection des mineures a été comprise par le parti.

L'autre commissaire PLR s'oppose à des positionnements idéologiques et insistants. Le PLR est favorable à des réponses médicales prudentes, libérales, basées sur la flexibilité à chaque circonstance et sur les besoins de chaque individu. Le PL 13324 ne permet pas cette flexibilité ni la liberté individuelle. Ce texte parlementaire polarise davantage ce débat. Le PLR veut éviter cette polarisation et la dimension idéologique du débat. Attendre jusqu'à 18 ans pour effectuer toute intervention de réassignation sexuelle ne correspond pas aux besoins de certaines personnes.

La réalité juridique est que le PL est contraire au droit fédéral et le PLR ne votera donc pas en faveur du PL 13324. Il faut prendre en compte que, parfois, obliger les mineures à attendre jusqu'à 18 ans ne serait pas pour leur bien. Même si le Grand Conseil avait la compétence de mettre en place ce PL, il serait trop rigide.

Voilà pourquoi le PLR a proposé la M 3010 qui demande notamment l'instauration d'un délai de 18 mois. Lors des auditions, des témoignages mentionnaient qu'il faut « réagir vite ». Cela a fait peur au PLR, qui propose donc d'instaurer un délai pour éviter des prises de décisions hâtives. Même si légalement, il n'est pas possible d'imposer ce délai, la forme de la motion

permet de mettre en avant ce délai comme un objectif. Il pourrait donc y a voir des exceptions à ce délai. Celles-ci devront être très clairement justifiées.

A l'aide de la motion, le PLR veut aussi éviter que des médecins effectuent des démarches dans leur coin et que les mineures regrettent leurs prises de traitement. Elle souligne l'importance de l'approche pluridisciplinaire dans ce domaine.

Les auditions ont permis de mesurer l'importance de donner de la flexibilité à chacun. Une attente de 18 mois pour toute personne concernée est donc adaptée. Le PLR est conscient qu'il ne s'agit pas d'une maladie mais affirme qu'il s'agit tout de même d'une condition.

Le PLR souhaite maintenir les parents dans la boucle, car il est convaincu que les parents souhaitent le bien de leurs enfants. Veiller à ce que le consentement des parents soit garanti permet donc de garantir le bien des enfants. Les amendements effectués tiennent compte des auditions. Le but est de renvoyer le plus possible les patientes vers les HUG.

Concernant le PL 13327, le PLR est favorable à une modification de la LED-Genre.

Le PLR pense aussi qu'il ne faut pas que le Grand Conseil légifère sur le sujet et que ce soit la science qui fasse avancer le débat.

Le Centre

Le Centre partage dans les grandes lignes l'avis du PLR. Les réassignations de genre représentent une question médicale, individuelle et à traiter au cas par cas. Un accompagnement existe déjà pour les personnes concernées et il est bien exécuté au niveau professionnel comme qu'associatif. Il est sans doute nécessaire que l'accompagnement soit plus axé sur les aspects psychologiques et sur le moment de la puberté qui a ses propres problématiques qui se superposent à la difficulté de l'identification de genre.

Les lois ne traitent pas de cas particuliers, toutes les personnes auditionnées sont arrivées aux mêmes conclusions. Il faut rester dans le domaine du médical et la loi n'apporterait rien de plus à l'exception d'un débat public.

Le Centre n'est ainsi pas favorable au PL 13327 ni au PL 13324 mais est favorable à la M 3010. La motion donne des indications très claires concernant ce qu'il faut faire pour les mineures, leur accompagnement et le suivi des cas.

Il y a actuellement peu de recul sur ces cas et il est nécessaire d'en avoir. Elle ne préconise pas de tout interdire ni de tout autoriser, mais de continuer à traiter les personnes au cas par cas, car parfois, un traitement avant 18 ans est

justifié et parfois pas. Elle est persuadée que l'éthique médicale effectuera bien son travail et propose de lui donner des pistes à travers la motion.

Parti socialiste

Les Socialistes déplorent que l'exposé des motifs du PL 13324 et, dans une moindre mesure, celui de la M 3010 soient basés sur des « fake news » et des inquiétudes montées en épingles. Le parti socialiste rejoint la nécessité précédemment exprimée de diriger les cas vers les HUG qui mettent en place un traitement pluridisciplinaire qualitatif. Ceci démontre à quel point un hôpital universitaire et des services publics efficaces sont précieux.

La M 3010 comporte des invites qui pourraient être intéressantes si d'autres n'étaient pas rédhibitoires, notamment concernant le développement du savoir et de la recherche scientifique et souligne l'intérêt de l'autre motion PLR sur le sujet, renvoyée à la commission de la santé.

Le PL 13324 est contraire au droit fédéral et idéologique au plus haut point. Ce PL fait fi des personnes concernées. Il estime que le traitement de ce PL, pourtant clairement inacceptable sur bien des points, a duré trop longtemps. Les Socialistes refuseront ce PL en regrettant qu'il ait existé deux ans. Il affirme que le centre du problème réside dans le principe d'autodétermination et de la capacité de discernement. L'autodétermination est un droit fondamental qui ne doit pas être remis en question. C'est un droit fondamental lié à la capacité de discernement des personnes. Les mineures et adolescentes sont, au moins en partie, capables de discernement. Il faut bien sûr qu'il y ait un accompagnement de ces personnes. La médecine est encadrée de normes qui sont déjà bien en place et qui garantissent qu'il ne se passe pas « n'importe quoi ».

Concernant le PL 13327, les Socialistes se réjouissent de trouver une solution pour l'interdiction des thérapies de conversion. Une inquiétude subsiste concernant le fait que, sur le modèle de la modification de l'art. 261bis du CP, l'identité de genre risque d'être exclue du PL. Le Parti socialiste ne voterait pas à l'encontre d'une interdiction des thérapies de conversion portant uniquement sur l'orientation sexuelle, mais dénonce fortement l'idée de sortir l'identité de genre du PL. Au vu des auditions menées, l'identité de genre doit au contraire être protégée.

Au sujet de la M 3010, le PS pense qu'elle tente de mélanger la chèvre et le chou. D'un côté, l'autrice a en partie bien ciblé la problématique. De l'autre, une certaine inquiétude règne quant au désir de la droite de « protéger » les mineures d'éventuels regrets, souvent montés en épingle, en traitant les

personnes concernées comme si elles souffraient d'une maladie passagère alors qu'il s'agit de leur identité.

Cette problématique doit rester dans le domaine du médical. Les socialistes pourraient envisager d'adopter la motion si elle ne comportait pas le délai de 18 mois.

Libertés et Justice sociale

Le commissaire LJS dit avoir été poussé dans son développement personnel par les auditions effectuées et il rejoint certains propos de chacun. Sa position au début du traitement est différente de celle d'aujourd'hui. LJS s'opposera aux deux projets, mais précise que son opinion n'est pas teintée de négatif. Son opinion rejoint celle du PLR concernant la liberté des unes et des autres et se demande qui sont les députées pour impacter la vie de ces personnes. Il rejoint l'avis du Centre concernant le fait que les lois ne doivent pas traiter des cas individuels. Il partage l'avis socialiste sur la qualité des hôpitaux universitaires de Genève. A ce stade, il refuse donc les PL 13324 et 13327, sans s'exprimer sur la M 3010.

Union démocratique du centre

L'UDC affirme que l'enfant transgenre est un concept idéologique, qui s'est échappé d'un libératoire de sociologie et qui a contaminé les universitaires et les psychiatres occidentales un peu partout. Pour l'UDC, il s'agit de personnes en croissance qui expriment des doutes touchant à leur identité de genre pendant cette phase.

Le concept d'enfant transgenre a fait l'objet d'une instrumentalisation politique qui a un grand écho en Occident, mais ne suscite rien d'autre que de l'incompréhension, voire de l'aversion dans le reste du monde. Il s'agit d'une idée à la mode dans le « petit monde des blancs ». Contrairement au reste du monde, la Russie, le monde arabe, l'Afrique ou l'Asie de l'Est, l'Occident est seul à trouver rationnelle l'idée qu'il existerait autre chose que des garçons et des filles.

Il y a alors deux postures possibles. La première est celle prêtée par l'UDC au Conseil d'Etat qui consiste à menacer d'une amende de 100 000 F les parents qui conseilleraient à leurs enfants de renoncer à servir de cobaye d'expérimentation transgenre.

La deuxième posture est celle de l'UDC qui consiste à dire qu'on en sait tellement peu sur les conséquences qu'il vaut mieux ne rien laisser faire avant que la personne concernée soit devenue majeure et puisse donner un consentement véritablement éclairé. Les deux positions sont incompatibles.

Le délai d'attente de 18 mois et le consentement des parents exigés par la M 3010 sont de bons éléments. Dans ce cas, il veut les introduire dans un projet de loi, car il estime que la motion n'aura aucun effet sur le Conseil d'Etat. Il refuse de voter en faveur de ces deux bonnes idées dans le cadre d'une motion.

Concernant le PL 13327, il s'oppose à un projet de loi liberticide. Il estime que cela atteint presque la situation du covid au niveau de l'intrusion dans la vie intime des familles. Il compare les mesures du projet de loi au régime des Etats totalitaires.

En l'état, il est en faveur du PL 13324, car il n'y a rien de plus convaincant.

Les Verts s'expriment en fin de discussion et le MCG ne s'exprime pas.

Une commissaire PLR constate, à la suite du tour de table, que la commission se dirige vers un refus du PL 13324. Elle annonce que pour le groupe PLR, il ne sera pas possible qu'aucun projet ne soit adopté. Elle fait part d'un risque de concrétiser ainsi la proposition du commissaire UDC de soutenir le PL 13324, bien qu'elle estime cela contraire au droit fédéral. Ce détail sera réglé par les tribunaux dans un second temps. Elle indique que le risque présent, dans le cas où la commission n'est pas capable de se mettre d'accord sur quelque chose de plus consensuel, est qu'en plénière, ce soit le non consensuel qui passe.

Un commissaire S répond que dans ce cas-là, les masques tomberaient. Il estime que le droit à l'autodétermination des personnes, qui est un droit fondamental, est attaqué. Le risque qu'un projet de loi plus radical mais contraire au droit fédéral soit adopté n'inquiète que très peu les Socialistes. Cela permettrait de mettre les partis de droite flirtant avec l'extrême droite face à leurs responsabilités. Il pense que ceci est peut-être un mal pour un bien. Il affirme que le Parti socialiste ne va pas restreindre des droits fondamentaux pour éviter que ces mêmes droits soient encore plus bafoués. Il demande à LJS de préciser sa position concernant le PL 13327.

Un commissaire LJS précise qu'il refuse le PL en l'état, en attendant le retour du Conseil d'Etat. Il en profite pour annoncer que le LJS soutiendrait la motion, le cas échéant.

Un autre commissaire S annonce avoir pris note du changement de discours de la commissaire PLR entre sa première et sa deuxième intervention. Il comprend que dans un premier temps, le PLR a fait part de ses valeurs. Dans un second temps, il estime que le PLR affirme qu'il faut accepter la motion, sans quoi le PLR renoncera aux valeurs exprimées précédemment et votera un projet contraire au droit fédéral. En tant que partisan des solutions

consensuelles, il ne souhaite pas entrer dans cette surenchère. Il rappelle que les solutions consensuelles doivent trouver une majorité. Si la solution dite consensuelle n'a pas de majorité, c'est qu'elle n'est pas si consensuelle que cela. Il propose de construire quelque chose ensemble, sur la base des valeurs fortes qui ont été mentionnées et qui semblent unir les différents partis comme la liberté, la protection des mineures, la souplesse, la flexibilité et le respect du droit fédéral. Pour ce faire, il suggère d'écarter la question du délai ou en tout cas de la thématiser, car il s'agit de la pierre d'achèvement de l'affaire. Il annonce ne pas être prêt à voter en faveur d'un texte contenant un délai après avoir entendu les expertes faisant autorité dire que cela ne convenait pas à la diversité des situations. Il admet qu'il ne faut pas prendre de décision précipitée, mais affirme qu'un délai fixe de dix-huit mois entraînerait des conséquences négatives. Il trouve la situation dommage, mais estime que la motion n'est pas une solution consensuelle. Il prend acte du fait que le PLR n'est pas d'accord d'aller dans le sens d'une véritable solution consensuelle et renoncera alors à ses principes de liberté et votera en faveur de lois liberticides. Il affirme que ceci n'est pas de la responsabilité des Socialistes. La responsabilité des Socialistes réside dans le fait de partager un certain nombre de valeurs et d'être prêtes à construire un compromis, mais pas à n'importe quel prix.

Une commissaire LC annonce être choquée par ce qu'elle a entendu. Elle indique que si vouloir protéger les mineures signifie se rapprocher de l'extrême droite, ceci l'interpelle. Elle affirme que pour elle, vouloir protéger les mineures ne signifie pas se rapprocher de l'extrême droite. Elle rappelle que, comme LJS, LC est opposé aux deux projets de lois en l'état. Elle trouve pertinent de donner ce signalement au Conseil d'Etat afin de le motiver à proposer quelque chose d'autre. Concernant le délai de dix-huit mois entre une demande médicale formelle et la première prise de médicament, les auditions ont démontré que c'est ce qui se pratique aujourd'hui. Ce n'est donc pas du tout quelque chose d'excessif. Le consentement des parents pour les moins de dix-huit ans, qui sont donc mineures, est raisonnable et essentiel par rapport aux droits d'autorité parentale. Elle rappelle qu'il s'agit d'une motion et non d'un projet de loi. La motion contient les éléments qui interpellent la commission et le Conseil d'Etat peut s'asseoir dessus ou en tenir compte en y ajoutant des nuances. Elle estime que voter pour cette motion n'est pas un engagement, car c'est le Conseil d'Etat qui s'engagera dans un second temps.

La commissaire PLR précise que ce qu'elle annonçait était la situation qui risque de se passer en caucus, dans le but de prévenir la commission. Elle explique qu'il arrive que des partis ne suivent pas leurs commissaires, spécialement sur de tels sujets. Elle ajoute qu'elle refuse que le résultat de ces

travaux soit une interdiction des thérapies de conversion et un refus des deux autres objets. Selon elle, si les deux autres objets sont refusés, le tout sera alors refusé. Si le résultat des travaux est la sanction des parents qui s'opposent et l'interdiction de toute opposition aux choix individuels, sans protéger les mineures, ce ne sera pas défendable pour le PLR. S'il s'avère que ceci est l'avis de la majorité, le PLR sera minoritaire. Elle dénonce le fait de ne pas avoir entendu de proposition d'amendement de la motion de la part des Socialistes, bien qu'un commissaire ait annoncé être ouvert à construire un compromis. Elle rappelle que le PLR a tenté d'enrichir la motion à la suite des auditions. Les représentantes PLR sont ouvertes à débattre sur des propositions d'amendements. Elle pense que le PLR ne sera pas le seul à regretter une situation où aucun des objets n'est approuvé. Elle exprime son avis personnel en mentionnant qu'il est indispensable d'avoir un délai, mais qu'elle est prête à discuter de la durée du délai. Elle demande toutefois que des propositions soient faites, car sans adoption de la motion, l'interdiction des thérapies de conversion sera refusée par le PLR et elle ne saurait dire ce qu'il adviendra du PL 13324 en plénière.

Un commissaire UDC dit ne pas connaître de sciences qui ont besoin de la menace pénale pour dissuader les contradicteurs. Il affirme qu'il s'agit d'un moyen de faire taire la discussion, ce qui est idéologique et à l'opposé de la démarche. Il déclare s'opposer à un délai inférieur à dix-huit mois et non inscrit dans la loi. Il ne soutiendra pas un texte rabotant le délai de manière significative. Il accepte la possibilité que le débat ait à nouveau lieu en plénière. Concernant la motion, il déclare savoir que le Conseil d'Etat n'en fera rien. Il estime que la motion est un alibi cachant le fait de n'avoir rien produit en deux ans de travaux. Il affirme que cela n'a pas de sens et qu'il ne s'agit pas de travail sérieux. Si un consensus est possible, pour l'UDC, il doit alors se porter sur un PL.

Une autre commissaire PLR affirme que le PLR n'a pas l'intention de sacrifier ses valeurs et a fait preuve de la plus grande flexibilité tout au long du débat. Le PLR a une position centriste et non idéologique. Elle rappelle que le PLR accorde à travers la motion un délai tout en autorisant des IRS sur des mineures. Elle affirme que le PLR est le seul à avoir défendu ces idées. Elle trouve inadmissible d'accuser le PLR de sacrifier ses valeurs. Elle rejoint sa collègue PLR sur le fait qu'interdire les thérapies de conversion sans proposer quelque chose de concret serait scandaleux pour une commission ayant autant travaillé sur la question.

Un commissaire S déclare ne pas accorder d'importance au fait que la proposition du PLR soit équidistante entre les opinions de l'UDC et des Socialistes. L'important est de trouver une solution qui fasse consensus. Il

affirme être inquiet également quant à la protection des mineures, en réponse à la commissaire LC. Son inquiétude consiste à ne pas vouloir le bonheur des mineures contre leur gré. Il déclare qu'il faut trouver un équilibre concernant les mineures capables de discernements. Si cette notion est prise au sérieux, la protection des mineures ne consiste pas à les empêcher de faire un choix. Ce qui anime les socialistes est la protection des mineures, leur meilleur intérêt et leur épanouissement. Il admet que les visions des députées sur ces sujets sont peut-être différentes et remercie la commissaire PLR pour son analyse de ce qui pourrait se passer en plénière. Il tente de ne pas interpréter ces propos comme du chantage et indique ne pas y être sensible dans tous les cas. Il déclare qu'il respectera ses valeurs et prendra acte du fait d'être minoritaire le cas échéant. Il insiste sur le fait qu'il ne faut pas chiffrer de délai. Il considère la possibilité d'introduire dans la motion qu'un temps de réflexion est nécessaire, sans le chiffrer. Il refuse la possibilité que quelqu'un ne reçoive pas un soin évalué médicalement comme nécessaire à cause d'un délai fixe.

Un autre commissaire S rappelle que, statistiquement, les personnes concernées présentent un taux bien plus élevé de suicide et de tentative de suicide. Il est dangereux de dire à ces personnes qu'elles ne peuvent rien faire. Il est problématique de vouloir dire à des personnes capables de discernement ce qui est bien pour elles.

Il fait remarquer au commissaire UDC que ce n'est pas la science qui aurait « besoin du pénal », c'est la réponse à des personnes appliquant des soi-disant thérapies inhumaines qui le nécessite. Il demande de supprimer la mention des dix-huit mois de la motion. L'inscription d'un « temps de réflexion » à la place, à condition que les bloqueurs de puberté ne soient pas englobés, peut s'entendre. Il annonce que dans ce cas, alors il pourrait entrer en matière et en discuter. Il explique ne pas avoir été enclin à négocier jusqu'à présent parce que les auditions n'ont pas été prises en compte. Il ajoute qu'il lui semble que la situation actuelle, c'est-à-dire sans texte parlementaire, est la meilleure solution et que ce qui bloque la discussion ne vient pas de lui mais de l'exclusion a priori du statu quo comme solution potentielle. Il estime que partir du principe de devoir voter absolument sur quelque chose est le problème à la base de la discussion. Il pense que la problématique relève de la surveillance de la médecine et que cette surveillance semble être bien en place. Il explique que la négociation ne peut avoir lieu parce que le statu quo est éliminé d'entrée de jeu, rappelant que c'est la seule option qui ne restreint pas de droit fondamental. Il affirme qu'il y a un chantage mis en place à l'encontre de l'interdiction des thérapies de conversion. Il rappelle qu'à part quelques abstentions, l'interdiction des thérapies de conversion de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre avait été acceptée à l'unanimité. La droite se renierait

donc complètement, si elle venait à refuser l'interdiction des thérapies de conversion.

Une commissaire PLR rappelle estimer que le délai de dix-huit mois est raisonnable. Elle propose d'inscrire « accorder un temps de réflexion suffisant, en principe de dix-huit mois ». Elle demande comment le PS pourra défendre le fait de voter contre d'autres invites comme l'appel à l'institution d'un centre d'évaluations, d'expertise et de traitement de la dysphorie du genre sous la houlette des HUG qui garantira l'évaluation pluridisciplinaire et sur le long terme des cas concernés.

Un commissaire S s'amuse de l'inquiétude du PLR quant à la capacité du PS à tenir sa position. Il admet que la motion amène des points positifs, mais il estime tout de même que le délai de dix-huit mois imposé à une personne autodéterminée et capable de discernement est une entrave aux droits fondamentaux. Même en inscrivant « en principe » dans la motion, il s'agirait d'un mouvement en direction d'une restriction des droits fondamentaux, ce qu'il ne peut pas approuver. Il propose par ailleurs d'ôter les bloqueurs de puberté des traitements concernés par ce délai.

Un autre commissaire S réitère son refus que l'on interdise les thérapies de conversion concernant l'orientation sexuelle mais pas celles touchant la transidentité. Il rappelle que ce ne sont pas les parents réticents par rapport aux choix de leurs enfants qui sont visés par les sanctions mais bien les thérapies de conversion.

Un commissaire Ve se dit persuadé que l'ensemble de la commission est de bonne foi et veut éviter que des enfants ou des jeunes regrettent leurs décisions. L'inquiétude est valable dans les deux cas possibles, qui sont le fait de faire des choses trop vite et potentiellement regretter ainsi que le regret de ne pas faire quelque chose.

Il rappelle que la prise de position de la CNE est très éclairante. Il indique que certaines recommandations de la CNE sont présentes dans la motion comme la question des stéréotypes de genre. Il rappelle l'audition de personnes voulant prendre des hormones pour rester entre deux et ne pas passer de femme à homme ni d'homme à femme, ce qui est très intéressant. Il fait part du fait que la prise de position préconise de séparer les trois interventions que sont les bloqueurs de pubertés, les hormones et les interventions chirurgicales. La prise de position ne prend pas position sur les opérations, car avant la majorité, la nécessité de l'accord des parents n'est pas soumise à un débat. Il trouve la notion du droit à un avenir ouvert très intéressante. Cette notion vise à laisser ouvert le champ des possibles pour éviter les deux cas de figures possibles.

Concernant l'accompagnement pluridisciplinaire, il est devenu essentiel. Il n'est toujours pas sûr de ce qu'il en est concernant les médecins de ville. Il indique être réticent à l'idée d'un délai de dix-huit mois, même s'il ne s'agit pas d'une loi, car cela ne prend pas en compte la durée de réflexion de la personne avant le premier rendez-vous médical. Il donne l'exemple d'un enfant qui se pose des questions depuis six ans. Dans ce cas, un délai supplémentaire de dix-huit mois semble peu pertinent.

Malgré ces prises de position, la commission décide d'attendre le retour du Conseil d'Etat sur l'amendement du PL 13327 pour procéder aux votes.

Discussion interne

Après de nombreux mois d'attente d'un amendement général sur le PL 13327 en provenance du département, celui-ci conseille désormais… de geler les travaux, dans l'attente de la publication du rapport des travaux menés par le Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung (IZFG) mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), dans le cadre du postulat 21.4474 du conseiller national Erich von Siebenthal. Le mandat de l'IZFG s'est terminé en novembre 2024 et le rapport devrait être publié « en principe » durant le second semestre 2025.

Ce rapport examine notamment la compétence pour légiférer en matière de thérapies de conversion en Suisse. Le rapport de l'IZFG ne sera publié qu'en même temps que le rapport du Conseil Fédéral sur le postulat 21.4474. Le DSM reste donc attentif à la publication de ce rapport et sera alerté par la personne responsable du dossier au sein de l'OFSP. Ce rapport permettra de déterminer qui a la compétence de légiférer en la matière, entre le canton et la Confédération. Ceci aura un impact direct sur les travaux de la commission.

Un commissaire S dit son irritation de ce nouveau développement. Il constate que la commission a été prise de vitesse par la Confédération, qui n'est pas réputée pour la rapidité de ses travaux parlementaires, ce qui n'est pas à l'honneur de la commission. Il estime que les nouvelles études fédérales avaient aussi pour but de freiner le processus de législation. Il est déçu que Genève ne soit pas plus progressiste que la Confédération, alors que ce projet avait été accepté par la majorité du Grand Conseil, lors de la législature précédente. Il considère cela comme lamentable. Il suggère de délier le PL 13327 et le PL 13324. Premièrement parce qu'il craint que le dégel du PL 13327 prenne beaucoup de temps, voire des années. Deuxièmement, il rappelle que le PL 13324 concerne les mineurs, qui seront donc majeurs d'ici à ce que les travaux reprennent. Il ajoute que des personnes attendent sur

l'avancée de ces travaux, dont des parents qui ont des inquiétudes légitimes par rapport à ces sujets. Il suggère donc que, peu importe que les membres de la commission soient pour ou contre ce PL, les deux objets soient déliés. Il souligne que cela fait déjà deux ans que ces projets sont en travaux.

Une commissaire PLR se pose la question pour la M 3010. Une commissaire LC indique que parfois, attendre vaut la peine. Elle estime que ce postulat fédéral est de très grande importance. Il permettra de définir ce que l'on entend par « thérapies de conversion », de déterminer leur impact et comment le cadre légal pourrait y répondre. Elle indique qu'il est urgent d'attendre de recevoir ces réponses de la part du niveau fédéral, qui permettront de clarifier beaucoup de points et d'utiliser les bons termes et les bonnes références dans le cadre législatif qui sera mis en place. Elle annonce être en faveur du gel des deux projets de lois jusqu'à la publication du rapport.

Un commissaire UDC estime que s'il est nécessaire d'attendre le droit fédéral sur la question, il s'agit d'un aveu signifiant que la matière dépend du droit fédéral. Concernant la désolidarisation de ces PL, il estime que cela ne doit pas être fait, si la commission souhaite rester conséquente. Il indique que les deux projets de lois ont été liés, car la commission se demandait si le canton était compétent en la matière. Il trouve incohérent de délier les deux objets à présent, alors que la commission n'a toujours pas reçu de réponse claire.

La représentante du département fait état d'un avis de droit que la commission ne peut consulter. Il fait état de doute sur la compétence cantonale à légiférer. Un commissaire S estime qu'il n'y a pas besoin d'attendre une la publication d'une étude fédérale pour savoir si le canton peut légiférer ou non, des exemples précédents ont montré que le canton a déjà légiféré avant que la Confédération ne lui emboîte le pas. Il explique que soit il existe une compétence exclusive de la Confédération, soit une compétence concurrente qui donne droit au canton de légiférer tant que la Confédération ne légifère pas. Il indique que ce sont des éléments balisés et qu'un avis de droit devrait permettre de donner une réponse claire quant à la compétence et la possibilité de légiférer ou pas.

Si l'avis de droit indique que les autres cantons ayant légiféré sur le sujet ont fait erreur, il souhaiterait le consulter. Il estime que les éléments qui lui ont été présentés sont insuffisants pour prouver qu'il n'existe pas de compétence cantonale. Il comprend l'intérêt et la tentation de la procrastination, mais indique qu'il s'agit de la solution de facilité.

Une commissaire PLR trouve frustrant de renvoyer les objets à un délai ultérieur. Elle indique qu'il serait idéal qu'une législation fédérale soit adoptée en la matière. Elle estime donc toutefois évident qu'il vaut mieux attendre.

Un commissaire S souligne qu'il faut garder en tête qu'un long processus suivra la publication du rapport du Conseil fédéral. Il indique qu'il faudra attendre des années avant que les thérapies de conversion soient interdites. Il rappelle que le Grand Conseil avait voté à l'unanimité en faveur de cette interdiction.

Un commissaire UDC indique qu'il n'est pas possible de légiférer sur une interdiction portant sur quelque chose qui n'existe pas. Si quelque chose n'existe pas, il n'est pas possible de l'interdire. Il explique que ce qui arrive en essayant, c'est qu'autre chose finisse par être interdit. Dans le cas en question, ce sera le conseil des parents à leurs enfants, préconisant de ne pas passer sous le bistouri qui sera interdit. Il suggère donc de ne pas se prononcer à ce sujet, car cela est déjà arrivé avec des lois qui ont été votées et amenées à des endroits non souhaités. Il explique que la réalité est que des modifications sont effectuées sur des mineurs. Il considère comme dangereux et néfaste que la commission ne soit pas en mesure de voter à l'encontre de ces modifications dont elle sera responsable si elle n'agit pas. Il propose d'adopter une motion de commission mettant en place un moratoire sur les pratiques effectuées.

Un commissaire S indique que le fait qu'il se passe quelque chose au niveau fédéral ne doit pas tétaniser la commission. Il ajoute qu'il est connu que le niveau fédéral avance plus rapidement dans ses travaux lorsque les cantons créent des encouragements. Il indique que soit le canton est compétent à l'heure actuelle, soit il ne l'est pas ou ne le sera bientôt plus. Dans tous les cas, il estime qu'il est injustifié d'attendre pour se prononcer sur ces objets. Concernant le PL 13324, il rappelle que la commission détient suffisamment d'éléments pour conclure que le canton n'a pas la compétence pour réglementer l'accès aux soins puisque ceci relève de la compétence fédérale.

Perrine Duteil confirme que le PL 13324 présente plusieurs problèmes de compatibilité au droit supérieur, notamment des violations des droits fondamentaux.

Audition de Manéli Farahmand, directrice du Centre intercantonal d'information sur les croyances (CIC), de Philippe Gilbert, collaborateur scientifique et responsable de formation du CIC, et de Mischa Piraud, chargé de recherche au CIC

Manéli Farahmand explique être docteure en sciences sociales spécialisée en spiritualités contemporaines et les questions de genre. Philippe Gilbert est le collaborateur principal de cette recherche sur les thérapies de conversion au CIC. Elle explique que le projet de recherche sur les thérapies de conversion est supervisé par un comité scientifique de la recherche, qui est composé de

Marta Roca I Escoda, professeure associée en étude genre à l'université de Lausanne et de Philippe Gonzalez, maître d'enseignement et de recherche et sociologue spécialiste des milieux évangéliques à l'Université de Lausanne. Le CIC est une fondation créée en 2002, à la suite du drame de l'Ordre du temple solaire. Les missions principales du CIC sont la prévention des dérives sectaires et l'information spécialisée, neutre et scientifique sur le religieux et le spirituel en Suisse. Depuis 2020, deux nouveaux axes ont été adjoints à ces missions. Il s'agit de la formation et la recherche appliquée avec des travaux empiriques d'utilité publique. Concernant la recherche sur les thérapies de conversion, elle a débuté en septembre 2023 et devrait arriver à terme au printemps 2026.

Philippe Gilbert présente les résultats intermédiaires de la recherche qui possède quatre buts principaux. Le premier est de définir un spectre de pratiques et de discours actuels ressortissant aux thérapies de conversion dans les cantons de Vaud et Genève. Le deuxième but est d'établir un répertoire de termes ainsi que de la rhétorique rentrant potentiellement dans le champ des thérapies de conversion afin de mieux les reconnaître et mieux les identifier. Cet objectif comprend aussi le fait d'identifier les religions susceptibles de favoriser ces pratiques afin de mieux les prévenir et sensibiliser sur ces questions. Le CIC a aussi voulu identifier les acteurs clés de la mobilité au sein des réseaux cantonaux, nationaux et transnationaux. La recherche se limite aux cantons de Vaud et de Genève, mais un travail sur les mobilités entre différents cantons romands et en Suisse alémanique est tout de même effectué.

Le dernier objectif est d'élaborer aux termes de la recherche des matériels de prévention qui seront destinés aux autorités genevoises, aux professionnelles du domaine de la santé, aux communautés religieuses ainsi qu'à leurs fidèles et au grand public.

Concernant la genèse de ce projet de recherche, le CIC a été contacté en 2020 à la suite de différents articles de presse et aux dépôts de motions et textes de loi au sein de parlements cantonaux. Ce sont les médecins cantonales de Vaud et Genève qui ont contacté le CIC en premier lieu afin d'établir un rapport sur les origines religieuses des thérapies de conversion et sur les types de pratiques. Ceci était basé sur des enquêtes existantes dans d'autres contextes nationaux puisqu'il n'existait pas encore de données suisses.

Le CIC a aussi été contacté par des communautés religieuses et des faîtières qui ont sollicité le CIC pour qu'une recherche voie le jour et publie des données sur l'existence ou non de tels procédés en Suisse. Un certain nombre de sollicitations ont mené à la création de ce projet de recherche. Elle précise que le CIC est une institution indépendante du champ religieux et du champ politique.

La recherche ne conclut pour l'instant pas qu'il existe en Suisse romande des stages structurés visant à changer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, comme ce fut le cas chez Torrents de vie avec ses programmes de restauration de vingt-cinq à trente semaines. Il existe néanmoins bel et bien des pratiques correctrices de l'orientation affective, sexuelle et/ou de l'identité de genre qui peuvent prendre les formes de prières, de séances de soins ou d'accompagnement psychospirituel dans différents contextes religieux ou spirituels.

Mischa Piraud indique qu'il compte donner des éléments de contextes ainsi que des éléments sur la recherche elle-même. Il explique qu'il existe quelques données statistiques et quantitatives sur ce phénomène, mais que le CIC a constaté qu'il manquait un travail de compréhension en amont permettant de délimiter et qualifier ces pratiques avec précisions. D'un point de vue quantitatif, une extrapolation sur la base d'une étude britannique de 2018 supposerait que le phénomène toucherait environ 14 000 personnes en Suisse. Il ajoute à cela qu'en 2023, le Swiss LGBTIQ+ panel a introduit dans son enquête des questions sur les thérapies de conversion et le rapport publié souligne le fait que parmi les plus de 2800 personnes ayant répondu au sondage, plus de 9% des membres de minorités sexuelles et plus de 15% des membres de minorités de genre ont déclaré avoir participé à des efforts visant à modifier ou supprimer leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre.

Pour comprendre ce phénomène, le CIC mène une étude qualitative depuis 2022, dont le but n'est pas de mesurer l'ampleur du phénomène mais de le comprendre. La recherche est basée sur de l'information documentaire et sur des entretiens qualitatifs. L'objectif est d'apporter une nouvelle lumière sur le phénomène et non de le quantifier. Il précise que la recherche se limite au phénomène dans le domaine religieux et spirituel. Bien que cela touche d'autres milieux comme le domaine médical notamment, le CIC se limite à son domaine qui est le religieux et le spirituel.

Une commissaire LC s'étonne du nombre de personnes potentiellement concernées alors que la commission a eu des difficultés à en auditionner. Elle souhaite savoir quelle(s) religion(s) sont concernées.

Manéli Farahmand répond que la recherche traite du champ religieux au sens large. Elle précise que la recherche n'est pas limitée à des communautés clairement identifiables avec une adresse géographique et un lieu de culte comme les mosquées et les églises, mais qu'elle traite aussi des structures parareligieuses, ce qui comprend aussi toutes les structures, les activités et événements à mi-chemin entre le champ de la santé et du religieux. Concernant la pratique, elle indique que la typologie des pratiques sera présentée.

Philippe Gilbert relate un article du journal *24 heures* annonçant le 20 mai la condamnation de responsables du Centre évangélique pour le salut (CES) pour discrimination et incitation à la haine. Il explique qu'en juillet dernier, l'église avait diffusé une vidéo promotionnelle sur sa page Facebook d'une église évangélique américaine proposant des accompagnements censés guérir de l'homosexualité et du sida chez les personnes homosexuelles. Cette publication n'avait pas échappé au CIC et avait été mentionnée dans le rapport intermédiaire de la fondation destiné aux partenaires genevois et vaudois soutenant la recherche. Il souligne que la publication était passée en tout premier lieu par la web-chaîne genevoise, Cratos TV Lumière du monde de Chimene Bella, qui est une oratrice active dans une église évangélique genevoise. Ceci illustre que la promotion des thérapies de conversion ne connaît pas de frontière cantonale, tout comme la pratique.

Il donne l'exemple du programme Torrents de vie, dont l'association du même nom était basée à Neuchâtel. Cette association pratiquait aussi ses activités dans le canton de Vaud et celui de Genève. Il précise que l'association aurait officiellement cessé ses activités en 2017 ou 2018. Il donne un exemple venant d'un tout autre contexte qui concerne une thérapeute du milieu New Age et qui, selon un témoignage reçu au CIC, proposerait de corriger l'orientation sexuelle et exercerait dans divers cantons romands, dont Genève.

Il explique que le terme de thérapie de conversion regroupe en réalité plusieurs pratiques. Concernant la Suisse romande et à l'heure actuelle, le CIC n'a pas connaissance de l'existence d'un programme conçu selon un modèle comparable à celui de Torrents de vie. Il ajoute que de surcroit, le CIC n'a pas rencontré jusqu'ici d'acteur religieux ou spirituel qualifiant sa pratique de thérapie de conversion. Il estime être légitimement en droit de penser que l'exposition médiatique de ces pratiques et la condamnation de ces dernières sur le plan légal depuis février dans le canton de Vaud n'incitent pas les acteurs à se revendiquer pratiquants de tels procédés.

Pourtant, il constate qu'il existe à l'heure actuelle en Suisse romande, dans des contextes religieux et spirituels, des prises en charge dont l'objectif est de tenter de modifier ou réprimer l'orientation sexuelle et affective et/ou l'identité de genre d'une personne. Ces prises en charge engendrent une mauvaise estime de soi, de la dépression, des troubles physiques voire des idées suicidaires, comme cela a été constaté à travers des témoignages dans la presse et reçus au CIC.

Il rappelle que selon l'expert des Nations Unies sur le sujet, Victor Madrigal-Borloz, ces pratiques peuvent être dans certains cas assimilées à de la torture. A la suite de l'ouvrage paru en 2019, « Dieu est amour » des journalistes Jean-Loup Adenor et Timothée de Rauglaudre, l'attention s'est

surtout portée sur certaines communautés évangéliques et catholiques charismatiques, notamment à travers la pratique de Torrents de vie. Il montre le visuel du manuel de Torrents de vie, rédigé par son fondateur Andrew Comiskey. Il précise que la recherche n'a pas pour intention de se concentrer sur un type de courant religieux, mais compte investiguer l'ensemble du champ spirituel et religieux des cantons de Vaud et Genève principalement, en explorant aussi la dynamique intercantonale et internationale. Cette recherche tend vers la plus grande objectivité possible et souhaite éviter tout risque de stigmatisation de toute communauté ou obédience religieuse.

Philippe Gilbert indique que le paysage spirituel des deux cantons visés est dense et inclut l'ensemble des obédiences chrétiennes, juives, musulmanes ainsi que les nouveaux mouvements religieux et les nouvelles spiritualités comme les thérapies non conventionnelles s'inscrivant dans le champ New Age, les écoféminismes, le chamanisme contemporain, etc. Il cite quelques chiffres rendant compte de cette diversité. Il indique que le projet d'enquête sur la diversité religieuse du canton de Genève « D'église en ashram », mené par le CIC entre 2012 et 2014, a permis de recenser 407 communautés de 36 courants des 13 traditions religieuses composant le paysage religieux genevois.

Il indique que le paysage est pluriel, comme le sont les contextes d'actions. Il donne des exemples de contextes d'actions comme les églises et les paroisses catholiques, réformées et évangéliques, spécifiquement celles qui proposent un accompagnement spirituel ou proposant des exorcismes et des délivrances qu'ils soient individuels ou collectifs. Il mentionne les camps de rencontres interreligieuses pour les jeunes fidèles, les centres de relation d'aide proposant des accompagnements psycho-spirituels, les retraites/séjours spirituels genrés, soit masculinistes soit féministes et cherchant à valoriser ces dimensions.

Il termine en évoquant les structures proposant des soins thérapeutiques non conventionnels. Il explique que face à cette diversité, il était nécessaire pour le CIC de déterminer des indicateurs permettant de circonscrire les recherches du CIC et de limiter son attention sur les éléments les plus pertinents. Il indique avoir construit des indicateurs permettant de comprendre de quoi il est sujet, dès lors que les appellations de ces pratiques ne disent pas toujours ce en quoi elles consistent en détail. Ces indicateurs relèvent de deux registres : du discours et des pratiques. Concernant le registre narratif et du discours, produit par les communautés religieuses et spirituelles ainsi que les réseaux ou les structures parareligieuses, il existe un ensemble de modalités d'expressions. Il donne quelques exemples de registres utilisés.

Le premier est celui de l'identité avec des récurrences comme « Vraie nature selon Dieu », « Nature profonde », « Identité bien définie », « Essence masculine/féminine ». L'évocation de ces termes dans un cadre de relation

d'aide individuelle dans des milieux religieux ou spirituels confère à ces entités une place particulière. Le CIC a remarqué qu'à travers ce registre de l'identité, les accompagnements psycho-spirituels cherchant à intervenir sur l'orientation sexuelle et affective tentent également d'intervenir sur l'identité de genre. Il donne l'exemple de deux personnes se déclarant non-binaires et ayant été confrontées à ce type de pratiques, l'une dans un contexte évangélique et l'autre dans un contexte de soin du type New Age. La question de l'identité est peu exposée médiatiquement, mais est pourtant bien présente dans le contexte de ces pratiques.

Le deuxième registre est celui de la sexualité et englobe des termes comme « Sexualité authentique », « Relation saine », « Sexualité réconciliée » et « Chasteté et abstinence ». Le troisième et dernier registre est celui de la guérison, dont les termes comprennent « Guérison intérieure », « Guérison identitaire », « Guérison des blessures intérieures », « Restauration dans son identité », « Réconciliation avec soi-même », « Délivrance des démons » et « Réalignement spirituel ».

Tout discours dénonçant l'homosexualité, la transidentité et les revendications des associations LGBTIQ a été pris en compte aussi. Des indicateurs concernant les pratiques effectuées au sein des entités religieuses et spirituelles ont aussi été relevés par le CIC. Ces pratiques comprennent des prières individuelles ou collectives, des accompagnements pastoraux, des accompagnements psycho-spirituels, des exorcismes et des délivrances ainsi que des pratiques de soins non conventionnels ou complémentaires.

Il précise que les indicateurs constatés de manière isolée n'indiquent pas une existence de prise en charge visant à intervenir sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne. Seule l'addition de ces indicateurs au sein d'une même structure incite le CIC à porter son attention sur cette dernière.

Philippe Gilbert explique qu'en ce qui concerne le canton de Genève, l'attention du CIC s'est portée sur 72 communautés religieuses, spirituelles ou parareligieuses en consultant majoritairement leurs sites internet, leurs publications écrites ou vidéos, représentant des dizaines d'heures de lecture et visionnage. Le CIC a mené six observations de terrains et une douzaine d'entretiens, principalement dans les milieux évangéliques, réformés et catholiques du canton de Genève. Il ressort de ces recherches qu'à Genève, le CIC a constaté jusqu'ici quatre éléments.

Le premier consiste en des propos discriminatoires envers les personnes LGBTIQ émanant d'actrices religieuses ou spirituelles. Le deuxième est la promotion des dispositifs d'accompagnement cherchant à intervenir sur

l'orientation affective et sexuelle et/ou sur l'identité de genre des personnes, ou encore la promotion d'ouvrages sur ce type de pratique. Le troisième élément est la prise en charge laissant supposer une intervention sur l'identité de genre ou l'orientation affective et sexuelle de la personne, qu'il s'agisse de prières, d'autres pratiques d'accompagnement spirituel sur le long terme ou de soins non conventionnels. Il explique que ceci a été constaté en s'appuyant sur des entretiens avec des actrices religieuses et des personnes ayant subi ces pratiques ainsi que sur des témoignages de tiers. Le quatrième élément relevé est l'effet manifestement dissuasif du projet de loi genevois sur ce type d'accompagnement de la part d'actrices religieuses.

En comparant certains types d'accompagnement en milieux chrétiens et New Age, des éléments communs ont pu être mis en évidence. Le premier a été appelé par le CIC « Etiologie » de l'homosexualité, ce qui est une démarche cherchant à déterminer les causes de la sexualité ou de la transidentité. Il explique que souvent, dans ce type de pratique, l'hétérosexualité et l'identité cisgenre sont premières. La transidentité et l'homosexualité seraient des conséquences de traumatismes, par exemple survenus lors du développement infantile de la personne, selon cette théorie. En cherchant les causes de l'homosexualité ou de la transidentité, les praticiennes estiment pouvoir faire disparaître ou atténuer les « symptômes ».

Le CIC a relevé un autre point commun qui est le fait que ces conceptions reposent sur une anthropologie biblique ou un ordre cosmique. Il s'agit de l'idée qu'un ordre supérieur a conçu deux entités distinctes qui sont l'homme et la femme, avec des identités bien définies, des orientations bien définies et qui sont attirées l'une par l'autre. Il indique que le CIC a fait face à ce type de discours. Il précise que dans le milieu New Age, on peut trouver la représentation d'un ordre cosmique où l'humanité serait conçue à travers une distinction nette : un « sexe homme » et un « sexe femme ». Le CIC a constaté l'usage de l'argument de la fluidité des attirances, orientations et des identités comme étant un point commun à ces structures. Il précise que c'est une conception qui peut appuyer certains discours d'associations LGBTIQ mais qui dans les faits est utilisée pour considérer qu'il est donc possible de revenir à une « identité originelle » qui serait hétérosexuelle et cisgenre, par un traitement ou des mesures appropriées.

Il conclut en indiquant que ces pratiques visant à modifier ou réprimer l'identité de genre et/ou l'orientation sexuelle et affective sont bien d'actualité dans le canton de Genève et en Suisse romande. Il rappelle qu'il s'agit de résultats intermédiaires. Il indique que durant la deuxième phase de la recherche qui a été entamée peu de temps auparavant, une attention beaucoup

plus soutenue va être portée sur les contextes des nouvelles spiritualités et sur les nouveaux mouvements religieux.

Une commissaire PLR soulève que la condamnation susmentionnée concerne des faits produits l'été passé, lorsque la loi sur l'interdiction des thérapies de conversion du canton de Vaud n'était pas encore entrée en vigueur. Elle indique que la personne a été condamnée sur la base de l'art. 261bis CP, interdisant la discrimination et l'incitation à la haine. Au vu de cette condamnation, elle demande si une interdiction des thérapies de conversion est nécessaire.

Philippe Gilbert répond que les responsables de l'Eglise évangélique ont été condamnées pour la diffusion d'une vidéo promotionnelle d'une église américaine faisant la promotion des thérapies de conversion. Il précise qu'elles n'ont pas été condamnées pour la pratique de mesures de conversion puisque la loi vaudoise n'était pas encore entrée en vigueur. Il ajoute que cette loi vaudoise les aurait plus lourdement condamnées. La condamnation est donc restée dans le cadre de la promotion de ces thérapies, qui a été considérée comme de la discrimination selon l'article 261 bis du CP.

Une commissaire PLR pense que si de la simple promotion est déjà considérée comme de l'incitation à la haine, la mise en pratique serait encore plus condamnée. Philippe Gilbert répond que s'ils exerçaient une pratique, ils n'auraient pas été condamnés que par l'art. 261bis CP, ce qui a d'autres conséquences.

Pour la commissaire PLR, l'important réside dans le fait que les personnes soient condamnées. Elle exprime que selon elle, il est important de distinguer le prêche général des mesures individuelles. Concernant le fait que les auditionnées ont mentionné les passages des textes religieux où les hommes et les femmes sont mentionnés, comme dans la religion catholique avec Adam et Eve, elle demande si l'idée finale est d'interdire l'Eglise catholique de se baser là-dessus. Elle ajoute que dans ce cas, on se rapproche du fait d'interdire les religions.

Manéli Farahmand précise qu'il s'agit uniquement d'indicateurs permettant de savoir où chercher et de délimiter les recherches du CIC parmi le foisonnement de diversité religieuse existant dans le canton. En recoupant les différents indicateurs, il est possible d'obtenir des points de vigilances. Cela va permettre au CIC de sélectionner les institutions où ces indicateurs se recoupent afin de les observer plus attentivement. Les déductions ne se font pas sur la seule base de ces critères, il s'agit d'un outil permettant de chercher de la manière la plus pertinente possible.

La commissaire PLR demande si le CIC a des exemples de pratiques qui tomberaient sous le coup de la loi. Philippe Gilbert donne quelques exemples : un accompagnement spirituel qui aurait incité un jeune homme à se détourner de ses « pratiques homosexuelles » à travers plusieurs séances individuelles répétées ou encore une thérapeute ayant condamné la pratique homosexuelle d'une personne, dans le cadre d'une conception spirituelle New Age se basant sur l'énergie. Cette thérapeute se serait vantée de pouvoir guérir des personnes "atteintes" d'homosexualité à travers un traitement de réalignement spirituel et cosmique, afin que les personnes recouvrent leur identité primordiale. Selon la personne ayant témoigné, ce discours l'aurait mis extrêmement mal à l'aise.

Une commissaire PLR demande si le CIC enquête aussi sur ce qu'il se passe dans les familles des personnes concernées. Elle demande comment gérer le fait qu'un parent questionne les choix de son enfant et comment faire pour éviter que le parent tombe sous le coup de la loi. Elle demande si écarter le cadre familial de la loi leur paraît pertinent.

Manéli Farahmand répond que le CIC l'a écarté de son étude, mais qu'il est possible de considérer les valeurs religieuses comme un axe transversal à la promotion, à la facilitation et à l'encouragement de certaines de ces pratiques. Elle explique que l'intériorisation des normes sociales et religieuses au sein de la famille crée une zone grise qu'il faut questionner. Le CIC a délimité sa recherche, notamment pour des raisons méthodologiques, et n'a donc pas choisi cette trajectoire de thérapie de conversion comme espace de recherche. Toutefois, la loi vaudoise et les autres lois existantes, dont la loi française, condamnent la facilitation de l'accès aux pratiques de conversion par les proches et les parents, il paraît donc pertinent de l'intégrer.

Philippe Gilbert ajoute qu'analyser le cadre familial est beaucoup plus difficile. Toutefois, le CIC reçoit des avis concernant des cas concrets de pratiques au sein des familles à travers les témoignages. Il ajoute que dans un rapport belge, il était indiqué qu'il était extrêmement compliqué d'estimer l'impact de cette dimension familiale, car pour les personnes concernées, témoigner contre leur famille et leurs valeurs religieuses pouvait être insurmontable. Il souligne que par déontologie, ils ne peuvent pas forcer la porte.

Mischa Piraud ajoute que l'art. 7 al. 1 let. c du PL 13327 interdisant l'encouragement, l'incitation et la facilitation d'accès est pertinent et couvre précisément cette dimension de l'encouragement. Un commissaire Ve demande si les cas effectués par des personnes extérieures à la famille mais facilités par les membres de la famille étaient considérés comme des cas de thérapies de conversion, selon le CIC. Manéli Farahmand répond que cela était bien intégré dans le champ d'une thérapie de conversion, mais que la

dimension d'encouragement ne faisait pas à proprement parler partie de la recherche.

Un commissaire MCG demande comment le CIC différencie pratique religieuse et sectaire. Pour les auditionnées, cette différence est juridiquement, socialement et politiquement difficile à relever. Elles expliquent ne pas faire de distinction entre les sectes et les religions, mais que le CIC parle de religions instituées, de religions minoritaires, de nouvelles religions et de dérives sectaires. Le CIC définit les dérives sectaires, soit des actes illégaux commis sous le couvert d'une croyance, à l'aide d'indicateurs et de typologies. Les thérapies de conversion rentrent dans la catégorie des dérives sectaires, selon l'approche du CIC. Dès qu'une personne est induite par une forme d'emprise, d'abus spirituel, d'influence coercitive ou de manipulation psychologique, par exemple, visant intentionnellement à modifier ou réprimer une orientation sexuelle ou une identité de genre, on constate une dérive sectaire. Ceci peut se produire tout autant dans une tradition spirituelle New Age, peu établie, sans adresse géographique et avec des thérapeutes holistiques circulant d'un canton à l'autre, que dans une institution très bien établie et reconnue.

Un commissaire UDC indique que les auditionnées ont été invitées dans le cadre du PL 13327 qui vise à interdire des pratiques et non des croyances, ni des opinions ou des théologies. Le projet de loi part de l'idée qu'il y a un besoin en la matière et que les pratiques existent, et cela en quantité suffisante, car une législation n'est pas pertinente pour des cas isolés. Il ajoute que pour pouvoir interdire une pratique, il faut pouvoir la définir.

Il constate que l'extrapolation du nombre de personnes concernées en Suisse sur la base d'une étude du Royaume-Uni n'est pas un constat scientifique. Concernant la promotion d'un discours discriminatoire couvert par 261bis CP, il souligne que cela ne vise toujours pas de pratique.

Il soulève les constatations émises par les auditionnés concernant la binarité des religions et donne des exemples de diverses religions binaires. Il explique que l'ordre des choses est binaire, comme l'est la physique. Il indique que si la plainte vise l'existence de tout discours faisant état de la binarité, alors il faut renoncer à la science, la religion, à la culture, à la thérapie et à presque tout, car le monde est binaire.

Il indique résumer encore les propos des auditionnés en constatant que les auditionnés n'ont pas trouvé de « morceau » de thérapie de conversion à présenter à la commission afin de créer une loi à ce sujet et le CIC espère en trouver en s'inspirant de la binarité de la Bible.

Manéli Farahmand répond que le commissaire UDC n'a pas résumé la présentation de manière correcte. Elle ajoute qu'il s'agit d'un sujet complexe.

Le commissaire UDC fait ensuite une menace sur un chantage à la subvention du CIC.

Aux mises en doute du commissaire UDC, Philippe Gilbert répond ne pas pouvoir donner de détails trop précis pour préserver l'anonymat, mais assure que les témoins directes et indirectes leur ont rapporté ce type de pratiques. Il donne l'exemple d'accompagnantes pratiquantes, ayant témoigné du suivi de leurs « patientes » et considérant que leurs pratiques ne relevaient pas de la thérapie de conversion. Il explique qu'il ne s'agit pas uniquement de témoignages indirects mais aussi de témoignages de personnes directement concernées par des pratiques. Il donne l'exemple de personnes à qui on a proposé un suivi pour « guérir » leur homosexualité, dans le canton de Genève et Vaud. Il rappelle qu'il y a aussi eu des témoignages dans la presse. Il souligne que les personnes concernées existent bien et n'affabulent pas, tous comme les praticiennes. Il indique que personne ne revendique effectuer des thérapies de conversion, mais que des acteurs religieux ou spirituels vont parler de leurs pratiques qui consistent à corriger ou changer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, parce qu'ils estiment que leurs pratiques sont légitimes.

Une commissaire LC indique aux auditionnées avoir de plus en plus de peine à comprendre ce qu'est un propos transphobe. Elle explique être traitée de transphobe lorsque la femme, l'homme et la biologie sont mentionnés. Elle soulève le fait que Torrents de vie ait été mentionné par les auditionnées. Elle indique avoir tapé Torrents de vie sur YouTube et être tombée sur des vidéos à Kinshasa en 2025, ce qui signifie que le courant continue d'exister. Elle explique que cela est dû à la perméabilité du monde et qu'un problème n'est pas résolu s'il cesse dans un seul endroit. Elle indique être interpellée par le champ des recherches du CIC. Elle explique que l'islam exerce une influence néfaste et coercitive avérée puisqu'elle condamne à la lapidation jusqu'à la mort, même si le prophète n'a jamais été clair au sujet de l'homosexualité. Elle explique que toute personne ne suivant pas la bonne voie fait l'objet d'une pratique de conversion très claire par la prière et la conversion. Puisque cette pratique est avérée, elle demande pourquoi les auditionnées n'ont pas parlé de l'Islam, mais uniquement des mouvements New Age et de la religion chrétienne. Elle ajoute que la religion musulmane est extrêmement binaire et qu'au sein de ces communautés, la pression familiale est énorme.

Manéli Farahmand répond ne pas avoir exclusivement mis l'accent sur le domaine chrétien mais sur la diversité des structures religieuses existant dans le canton. Elle indique avoir donné deux exemples, mais affirme avoir parlé de religions et spiritualités hors du christianisme. Elle ajoute avoir mentionné l'enquête belge qui relevait notamment de pratiques au sein de communautés de religion musulmane. Philippe Gilbert répond avoir encore beaucoup de

temps pour mener des enquêtes. Il explique avoir inclus la dimension New Age car cette dernière s'est présentée au CIC. Il ajoute être parti de ce que les membres du CIC connaissaient, sur la base de recherches existantes et de cas concrets en Suisse.

La commissaire LC insiste sur le fait qu'il est très important d'aller voir les musulmanes et les imams. Elle n'entend que le christianisme et le New Age dans le discours des auditionnées. Elle souhaiterait entendre parler de l'islam où avoir une relation avec quelqu'un du même sexe est un adultère et où il faut être clairement identifié comme homme ou femme.

Mischa Piraud répond que cela sera fait. Il précise que la recherche n'est pas terminée et qu'il s'agit d'un rapport intermédiaire. Il ajoute que les cas relevés jusqu'ici ont permis d'identifier des indicateurs plus clairs, mais ces derniers n'englobent pas l'ensemble du champ possible. Il indique répondre par la positive à la question posée par la commission qui demande si les pratiques de conversions existent dans le canton de Genève. Il ajoute que le rapport final donnera une cartographie plus claire dont il sera possible de discuter. Il explique que par ailleurs, le CIC connaît la diversité religieuse genevoise et a répertorié plus de quatre cents communautés dans le canton de Genève, que le CIC a une très bonne vision de la diversité et que leur enquête prendra en compte l'ensemble de cette diversité.

La commissaire LC demande ce qu'il en est de la pression effectuée par les milieux LGBTQI+ sur les personnes qui pensent différemment. Elle demande si des recherches sont menées là-dessus. Manéli Farahmand répond que le CIC ne traite pas cette question dans sa recherche.

Un commissaire S explique que les craintes concernant ce projet de loi reposent souvent sur la remise en cause des familles et du personnel médical, questionnant la volonté d'une personne souhaitant effectuer une transition et tentant de la convaincre de ne pas entreprendre des soins. Il demande si dans la typologie développée dans la recherche, il existe des critères pour distinguer les pratiques coercitives des cas de ce type.

Philippe Gilbert répond qu'il s'agit d'un domaine qui n'a pas encore été approché. Il donne l'exemple d'un témoignage récent venant d'une femme ayant subi une intervention sur son orientation sexuelle dans un contexte psycho-thérapeutique sans dimension spirituelle. Il explique que l'appel à témoignages lancé par le CIC concerne le domaine religieux et spirituel et qu'ils n'ont donc que peu de données émanant du secteur purement médical. Il donne l'exemple d'un médecin généraliste genevois et homéopathe qui disait prodiguer des traitements homéopathiques contre les « pulsions homosexuelles » en 2018. Il donne l'exemple d'un psychiatre à Schwyz qui

avait été sanctionné. Il indique ne pas avoir eu vent d'autre cas ne comportant pas de dimension spirituelle, hormis le récent témoignage qu'il a mentionné. Il ajoute que le CIC n'explore pas davantage le cadre séculier, car le champ de recherche est suffisamment étendu et inclure des structures séculières agrandirait encore plus le champ d'investigation.

Un commissaire Ve indique avoir été frappé par le fait qu'uniquement certains types de religions soient mentionnés, soit les religions chrétiennes, et en parallèle, les courants alternatifs du type New Age. Il explique avoir connaissance d'un cas n'appartenant ni à la religion chrétienne ni au courant New Age.

Il donne l'exemple d'une mère souhaitant « guérir » son fils, mais qui a constaté qu'il n'existait ni structure ni ressource au sein de sa religion. Elle a donc été obligée de se tourner vers un thérapeute chrétien, parce que sa religion n'était pas organisée pour effectuer des thérapies de conversion. Il se demande si c'est le cas pour d'autres religions que la religion chrétienne condamnant l'homosexualité, la transidentité et la bisexualité, mais qui n'auraient pas de structure de conversion.

Il demande aux auditionnées quels sont les résultats vis-à-vis de la bisexualité qui n'a pas été mentionnée jusque-là. Il estime clair que les parents condamnent l'homosexualité ou la transidentité dans presque toutes les religions. Il indique qu'il en est de même pour les paroles dites dans les églises, certaines mosquées, synagogues, etc. Il comprend qu'il est clair que le CIC ne catégorise pas les messages généraux proférés dans les lieux de cultes comme des thérapies de conversion et que le lien individuel est essentiel. Concernant ce lien individuel, il constate que certaines religions ne détiennent pas de structure adaptée pour le mettre en place alors qu'il est très développé chez certaines religions et surtout chez des religions du type protestant. Il donne l'exemple de Torrents de vie qui appartenait au courant chrétien protestant fondamentaliste.

Philippe Gilbert confirme et précise que Torrents de vie étaient une émanation des églises évangéliques conservatrices et charismatiques. Le commissaire Ve indique qu'il s'agit d'un cas classique. Il indique pouvoir fournir des témoignages de personnes ayant subi des thérapies de conversion de la part d'autres religions que la leur. Il demande si ce chaînon manquant entre la parole publique de certaines religions et l'éducation parentale stigmatisante est au moins en partie une explication aux résultats intermédiaires de l'étude.

Philippe Gilbert précise que la recherche n'est pas focalisée sur les églises évangéliques, mais que la première étape entreprise consistait à se baser sur les

cas les plus médiatiques et ceux sur lesquels le CIC détenait le plus d'informations. Il explique que les programmes de restauration d'identité sont nés à la fin années 70 et début des années 80, conjointement dans les milieux catholiques charismatiques et certains milieux évangéliques conservateurs et charismatiques. Ces divers programmes et actrices se sont développés aussi en Europe et venaient des milieux chrétiens. Il n'est pas encore possible de tirer de conclusion, mais une forme d'œcuménisme a été constatée dans ces structures chrétiennes et elles pouvaient inclure des personnes d'autres courants. Il précise que l'étude n'est pas terminée et qu'il n'a pas davantage d'exemples.

Le commissaire Ve demande si le PL 13327 a eu un impact et, si oui, comment a-t-il été mesuré. Il soulève le fait que certaines personnes pensent qu'il y a très peu de cas. Il donne l'exemple des cas de meurtres, qui s'élèvent au nombre d'un ou deux par an et qui possèdent tout de même des lois pour les interdire et heureusement, car sinon, il y en aurait davantage.

Philippe Gilbert répond que oui, l'impact a été constaté à travers les entretiens avec les actrices spirituelles qui ont indiqué s'être demandé si leurs pratiques tomberaient sous le coup de la loi ou si elles pourraient être condamnées pour promotion ou facilitation.

Manéli Farahmand explique qu'au début de ses recherches, le CIC a contacté de grandes faîtières d'institutions religieuses suisses, vaudoises et genevoises. Elle indique que les processus de légifération suscitent des échanges et des discussions au sein des faîtières qui ensuite thématisent le sujet dans des assemblées générales avec les communautés religieuses. Plusieurs faîtières ont contacté le CIC afin de faire partie de l'étape de la recherche dédiée à la prévention. Les faîtières souhaitent recevoir des données et des informations sur le sujet. Elle témoigne d'une réorganisation religieuse autour de réflexions au niveau des comités des faîtières, en lien avec le processus de légifération dans le canton de Vaud et de Genève. Elle indique que ceci est ressorti à chaque échange.

Le commissaire Ve demande ce que les auditionnées pensent de la partie « incitation et promotion » du PL 13327. Il explique que, les parents étant exclus du champ de l'étude, il est difficile de placer le curseur entre la qualification de propos homophobes/transphobes/biphobes et la torture morale, en prenant en compte tous les degrés entre les deux. Il donne l'exemple de parents menaçant leurs enfants de les envoyer dans des camps de thérapies de conversion aux Etats-Unis. Il précise que ce n'est pas parce qu'il n'existe rien en Suisse que rien ne peut se passer. Il donne l'exemple de la mutilation génitale féminine qui est interdite en Suisse, même si elle a lieu dans un autre pays.

La loi suisse condamne donc un parent emmenant son enfant à l'étranger pour lui faire subir les pratiques visées. Il ajoute que la loi condamne aussi que les pratiques soient incitées et forcées par les parents. Il estime que cela doit être inclus dans la loi d'interdiction des thérapies de conversion, car sinon, cela serait trop simple et il suffirait de partir aux Etats-Unis où les organismes de thérapies de conversion sont florissants. Les parents pourraient donc menacer les enfants de les emmener dans ces camps de conversion ou leur couper les vivres ou encore les jeter du domicile familial s'ils n'obéissent pas. Il estime que ceci doit être condamné par la loi.

Philippe Gilbert répond que l'idée de l'interdiction de la promotion et de la facilitation d'accès du projet de loi est très pertinente. Il indique avoir témoigné d'une mobilisation intercantonale dans le cadre du cas de Torrents de vie. Il explique qu'une circulation entre les cantons, dont Genève, avait été mise en place. Torrents de vie proposait également aux concernées de passer une semaine de stage en France. Il témoigne du fait que la promotion des « megachurches » américaines et de leurs thérapies de conversion est considérée comme de l'incitation et de la facilitation. Il est essentiel que le projet de loi contienne, à minima, l'interdiction de la promotion et de l'incitation.

La commissaire LC demande aux auditionnés s'ils ont peur d'un biais statistique. Elle explique que dans le christianisme, la rédemption est possible alors que dans l'islam, c'est interdit et il n'y a donc ni structure ni thérapie. Elle en conclut que l'émission d'aucune statistique n'est alors possible, puisque le principe de base est l'interdiction et qu'il s'agit d'une religion ne possédant pas ce type de structure. Elle indique que dans la religion islamique, on convainc les personnes concernées qu'elles peuvent être autre chose, ce qui crée un biais statistique clair.

Philippe Gilbert apporte une nuance en expliquant que l'islam possède le roqya qui est une forme d'exorcisme sous la forme de prières. Certaines prières servent à chasser les « démons homosexuels » et il s'agit donc de pratiques coercitives qui existent dans la religion musulmane.

Manéli Farahmand rappelle avoir mentionné ne pas souhaiter stigmatiser de religion et qu'il était nécessaire d'étayer la présentation avec des exemples concrets. Elle indique que le CIC ne concluait pas que c'était l'apanage de telle ou telle tradition religieuse. Elle explique que le CIC pratique une analyse comparative qui constate des logiques transversales entre les différentes traditions religieuses. Elle ajoute que le but n'est pas de dire qu'il n'existe pas de pratique dans l'islam et qu'il en existe dans les religions bibliques. Elle précise que toute recherche a des biais, mais que le but est de montrer quelles

sont les logiques utilisées, s'il existe des pratiques, sur quoi elles se basent, sous quelles formes elles sont exercées et sur quel territoire.

Dans un deuxième temps, le CIC souhaiterait avoir des données sur les communautés musulmanes. Elle précise qu'à aucun stade de la recherche, la religion musulmane n'a été exclue et il n'a pas été conclu qu'aucune pratique n'a lieu dans l'islam. Le CIC est ouvert à la diversité et le but de la recherche n'est pas de définir si ces pratiques sont plus liées à un référentiel religieux qu'à un autre.

Présentation de la M 3137

L'auteur de cette motion, Yves Nidegger, débute sa présentation en indiquant que la motion s'inscrit dans le contexte des PL 13324 et 13327. Il rappelle que ces projets de lois ont atteint leur premier délai de péremption et ont été renvoyés en commission. Le traitement de ces objets a été très long à cause du nombre d'auditions menées.

Il souligne la contradiction du projet du Conseil d'Etat qui menace d'une amende de 100 000 F toute professionnelle qui découragerait ses patientes de pratiquer une « conversion sexuelle » alors que le titre vise à interdire les thérapies de conversion. Il explique que ce projet de loi concernerait aussi les parents d'enfants mineurs à qui on reprocherait de déconseiller la chose.

Le projet de Lionel Dugerdil, à l'opposé, vise à interdire les interventions sur les personnes mineures. Concernant la M 3010, il observe que cette dernière ne fait pas de distinction entre majeures et mineures, mais fait référence à la notion de consentement éclairé et suggère un délai de dix-huit mois avant toute intervention. Il rappelle que des auditionnées avaient considéré ce délai comme un équivalent à la proposition de Lionel Dugerdil selon l'âge où la demande d'intervention est effectuée.

Yves Nidegger indique que les deux projets de lois seront bientôt traités en plénière, au vu de leur deuxième délai de traitement. Il souhaiterait éviter la situation où des députées n'ayant pas suivi les débats de la commission proposeraient des amendements spontanés. Il redoute le résultat de ces débats où les projets ne ressembleraient plus à ce qu'ils étaient au départ, sans possibilité d'anticiper les amendements proposés.

Au vu de l'état des débats concernant ces projets et le fait que des mineures sont concernées, la M 3137 propose au Conseil d'Etat d'instaurer un moratoire. Il rappelle que la question de la compétence cantonale sur le sujet n'a pas été résolue. Il indique que le Conseil fédéral qui a été interpellé sur le sujet n'a pas souhaité se prononcer. Il ajoute que les parlementaires poussent le Conseil fédéral à prendre position afin d'éviter de se retrouver avec vingt-

six régimes cantonaux différents, ce qui posera des problèmes au niveau des hôpitaux puisque seuls trois d'entre eux effectuent ce type d'intervention chirurgicale en Suisse. Il indique ne pas savoir à quoi ressemblerait une absence d'harmonisation fédérale en la matière.

Par le biais de ce moratoire, il souhaite exclure les mineures de la problématique, car elles constituent un cas particulier. Il explique que le moratoire interdirait la pratique de ces interventions sur les mineures ainsi que l'autorisation de donner des prescriptions pour de telles interventions. Il rappelle que les HUG ont indiqué ne pas pratiquer d'intervention comme la mastectomie sur les mineures, mais il constate qu'elles sont tout de même effectuées, à Zurich notamment.

Il rappelle l'audition d'un médecin genevois dont il aurait tiré qu'il signerait des « consentements psychiatriques » remplaçant le consentement des mineures. Il souhaite donc interdire la pratique des interventions sur le territoire cantonal ainsi que les prescriptions permettant d'effectuer ces interventions sur d'autres territoires. Il indique avoir dressé la liste des interventions concernées dans la motion. Il qualifie d'incroyable le nombre d'interventions chirurgicales « mutilantes » pratiquées. Il souligne que l'utilisation du mot « transition » pour qualifier ce processus est romantisant, tout comme l'est le mot « révolution ». Il trouve que ces interventions sont d'une brutalité atroce, tout en précisant qu'il s'agit de son opinion sur le sujet. Il suggère de cesser de se « gargariser » avec des mots ayant l'air « gentils » et de faire face à ce dont il s'agit vraiment. Il estime qu'il s'agit d'enfants dont le consentement n'est pas valable pour acheter une bouteille de bière mais l'est pour se faire opérer.

Il indique que l'ambition de la motion est de se mettre d'accord sur une partie de la problématique. Si le Conseil d'Etat l'accepte, il envisagerait la possibilité de retirer les projets de lois afin qu'ils soient remplacés par le moratoire. Il affirme que son but est d'arriver à une voix cantonale ayant du sens et résultant d'une réelle collaboration.

Un commissaire Ve demande quel est le nombre de suicides et de regrets après opération, qui est qualifié d'alarmant dans le texte. Pour une telle affirmation, il imagine que Yves Nidegger s'appuie sur des chiffres.

Ce dernier répond que, lors des auditions où des suicides de personnes n'ayant pas effectué d'opération ont été mentionnés, aucun chiffre n'a été donné, ce qui justifie visiblement selon lui de ne pas en donner. Il ajoute que des suicides post-transition ont été mentionnés et que même s'il n'y en avait qu'un seul, il trouverait cela alarmant.

Le commissaire Ve insiste sur le souhait d'obtenir des chiffres et se voit opposer un refus. Le seul chiffre avancé par Yves Nidegger concerne le fait qu'il y a eu moins d'auditions de personnes ne regrettant pas leurs opérations que de personnes le regrettant lors des travaux de commission. Au vu des nombreuses demandes d'audition qu'il a faites et étant donné que la commission n'a poursuivi aucun but de représentativité proportionnelle, cela semble hors de propos.

Perrine Duteil, responsable juridique du département, répond que le rapport longuement attendu au niveau de la Confédération n'est désormais plus pour le second semestre 2025, mais pour début 2026. Les délais de traitement des projets de lois ne souffriront pas une telle attente.

Un commissaire S doute du bien-fondé d'une telle motion supplémentaire alors que la commission devrait déjà se prononcer sur les objets pendants. A la question de savoir si l'UDC retirerait le PL 13324 en cas d'acceptation de la M 3137, Yves Nidegger répond que cela ne serait qu'à son application effective.

Yves Nidegger souligne qu'il pense que le conseiller d'Etat Pierre Maudet, qui n'était pas au Conseil d'Etat lorsque le PL 13327 a été déposé, pourrait trouver qu'un moratoire n'est pas une mauvaise chose en tant que telle.

Une commissaire LC rappelle que ce qui empêchait de traiter ces textes était l'attente des nouvelles de la Confédération. Elle constate qu'a priori, la Confédération préfère que la question soit traitée par les cantons. Elle remercie l'auteur de cette motion d'arriver avec une proposition permettant d'avancer. Elle trouve également que les deux projets de lois sont trop opposés et pas plus satisfaisants l'un que l'autre. Elle estime que travailler sur la motion peut être une manière de donner des pistes au Conseil d'Etat, tout comme c'est le cas avec la M 3010. Elle rappelle que les motions ne sont pas aussi contraignantes que des projets de lois tout en exprimant ce que pense la commission. Elle demande à l'auteur s'il serait d'accord que la commission retravaille les invites de la motion. Il répond que oui, tant que le concept du moratoire subsiste. Il est ouvert à l'idée d'ajouter des messages supplémentaires.

Une commissaire PLR s'enquiert de l'inclusion des bloqueurs de puberté dans le moratoire. L'auteur répond que oui et confirme que le moratoire concerne tant l'aspect hormonal que chirurgical. La commissaire PLR souligne que cela signifie l'interdiction pure et simple de ceux-ci puisqu'une fois l'âge adulte atteint, le blocage de la puberté est caduc.

Yves Nidegger souligne toutefois que le moratoire serait temporaire, ce à quoi la commissaire PLR rétorque que le temporaire peut durer et que, pour

des personnes adolescentes aujourd'hui, une durée de quelques années est déjà trop.

La commissaire PLR rappelle que leur motion semble plus à même de répondre aux cas individuels. Elle demande enfin si l'avant-dernier considérant de la motion fait référence au médecin qui avait été auditionné et prescrivait des ordonnances à des mineures, ce que l'auteur confirme.

Un commissaire S rappelle que les travaux de la commission avaient relativement mis d'accord les députées au sujet de la non-conformité au droit supérieur. Il explique qu'une motion demandant un moratoire ayant le même effet que le projet de loi est, si elle est mise en œuvre, contraire au droit supérieur. Il demande alors quel est le but du moratoire. Il estime que le Conseil d'Etat répondra que le moratoire n'est pas applicable selon le droit supérieur. Il demande si le but est de blâmer le Conseil d'Etat.

Yves Nidegger répond être d'avis que le moratoire n'est pas contraire au droit supérieur. Il admet que les avis sont partagés à ce sujet. Il précise qu'il s'agit de pure planification hospitalière cantonale, qui affecterait un des seuls hôpitaux qui pratique ces interventions. Il ne s'agirait donc pas d'une violation du droit supérieur ni du domaine de la santé qui est de compétence fédérale.

Le commissaire S explique que le résultat des travaux de la commission démontre que le Grand Conseil peut surveiller l'hôpital public, lui demander des renseignements et lui donner des indications. Il indique que le risque de ce moratoire serait que les gens se tournent vers internet, le privé ainsi que l'étranger, ce qui ne laisserait plus aucune possibilité de contrôle ou suivi au Grand Conseil.

L'auteur répond que le risque que les personnes effectuent des interventions à l'étranger est toujours présent, ce qui explique que le moratoire comprend l'interdiction des prescriptions. Il rappelle que les HUG et l'hôpital de Zurich ont indiqué ne pas pratiquer ces interventions sur les mineures. Il constate qu'elles doivent bien avoir lieu quelque part. Il indique que le moratoire est dans les faits déjà en vigueur pour les interventions aux HUG, le changement serait donc principalement au niveau des prescriptions. Il rappelle que le sujet a été évoqué lors des travaux. Il trouve choquant qu'un médecin engagé par le DIP soit militant LGBT. Il compare cette situation avec le cas d'un masculiniste à la tête du bureau de l'égalité. Il constate un réel problème de prescription de consentements. Il estime que le moratoire sur les prescriptions ne sera pas contraire au droit supérieur, car il ne s'agit pas d'une légifération au niveau du domaine de la santé mais de l'organisation hospitalière.

Le commissaire socialiste pense que l'auteur fait interférence à un domaine où il n'est, pour dire le moins, pas spécialiste. Ce dernier répond que cela pourrait être inscrit dans la loi sur la santé. Il ajoute que les médecins doivent respecter des lois bien plus restrictives que celle-ci.

Une commissaire PLR explique avoir déposé la M 3010 dans le même objectif que cette motion, c'est-à-dire résoudre l'insatisfaction engendrée par le traitement des deux projets de lois. Elle rappelle que la motion répond à un besoin de flexibilité adapté aux besoins individuels de chacune, au manque de recherche médicale sur le sujet et au manque d'encadrement des un à trois pour cent de personnes qui en ont réellement besoin.

Elle ne souhaite pas démocratiser les interventions médicales ni les rendre acceptables, mais admet que certaines personnes ont de vrais besoins en la matière. Elle trouve intéressant qu'un commissaire socialiste défende, selon sa compréhension, les cliniques privées et souhaite leur accorder le plus de liberté possible. Elle souligne l'importance de concentrer l'expertise médicale en faveur des cas très particuliers.

Un commissaire S fait remarquer que son camarade socialiste ne défend pas les cliniques privées et que lui non plus. Il demande à Yves Nidegger d'expliquer son raisonnement concernant le droit fédéral. Il explique que la Confédération détient une compétence en matière de droit privé et que la relation entre une médecin et sa patiente relève du droit privé. Il ajoute que la Confédération est compétente en matière du droit de l'assurance maladie et qu'il s'agit d'une prestation remboursée par la LAMal. Il demande comment construire une compétence cantonale dans ces circonstances, alors que la Confédération a une compétence concurrente et qu'il ne reste pas de compétence résiduelle cantonale.

L'auteur répond que les cantons n'ont pas de régimes de prises en charge qui leur sont propres. Il explique que si un canton ne propose pas certaines prestations, ce qui est le cas concernant ce sujet, la question de la LAMal déterminant ce qui est remboursé ou pas ne se pose simplement pas. Il ajoute que la licéité des actes n'est pas liée à leur remboursement par la LAMal.

Le commissaire socialiste indique qu'à sa connaissance, aucun canton n'a interdit ces actes, ce qui serait différent que de proposer ou ne pas proposer ces prestations.

Yves Nidegger ajoute que ce n'est pas une question de remboursement. Il rappelle que les débat aux parlements semblent vouloir laisser les cantons décider. Il en est de même pour le Conseil fédéral qui préfère ne pas user de sa compétence. Il explique que des parlementaires ont soulevé le problème lié au fait que si les cantons sont compétents, il y aura 26 régimes différents en la

matière, ce qui prouve qu'il existe une compétence cantonale. Il répète que ce n'est pas une question de LAMal.

Un autre commissaire S clarifie ses propos précédents. Il explique que, selon lui, interdire les prescriptions dans les hôpitaux publics renverraient les gens vers les cliniques privées, qui ne sont pas contrôlées par le législateur et engraissent les actionnaires se faisant de l'argent sur le dos de la santé des gens. Il ajoute qu'en dehors de toute considération pro-privée ou pro-publique, le système public permet d'être plus démocratique et va dans le sens de la population à travers le législateur. Il indique qu'il s'agit d'un plaidoyer pour l'hôpital public, partagé à plusieurs reprises pendant les travaux par le PLR.

Perrine Duteil indique réserver la position du département. Toutefois, en son nom, elle souhaite d'ores et déjà attirer l'attention de la commission sur les questions de conformité au droit de manière large, notamment au droit international, aux droits fondamentaux et au droit fédéral que pose la motion. La question de la compétence cantonale se pose, en lien avec l'accès aux soins pour les mineures et le droit à l'autodétermination. Le droit de consentir à un traitement médical qui en découle est un droit strictement personnel qu'une mineure capable de discernement peut exercer de manière autonome, conformément à l'art. 19c CC.

Discussion interne

Revirement du Conseil d'Etat sur le PL 13327, attente interminable et souhait de procéder au vote

Une commissaire PLR indique avoir l'impression de tourner en rond. Elle demande pourquoi la commission est en attente du retour de la Confédération concernant les thérapies de conversion. Elle estime que toutes les députées ont pris position et que mener des auditions ou d'autres travaux sur la M 3137 ne serait pas utile.

Concernant la légalité, elle ajoute que la commission a reçu plusieurs avis et que chaque juriste s'est fait son opinion. Elle rappelle que la légalité est fondamentale pour un projet de loi mais pas pour une motion, puisque la commission peut adopter la motion et, au pire, le Conseil d'Etat peut constater que le droit fédéral ne permet pas de la mettre en place. Elle constate que les députées ne changeront pas d'avis concernant les projets de lois. Elle demande où en est l'amendement du Conseil d'Etat concernant le PL 13327.

Elle indique que la commission tourne en rond, peut-être la seule chose qui fait consensus en son sein. Elle subit des pressions extérieures pour avancer sur ces objets. Elle rappelle que la gauche souhaiterait séparer les objets pour avancer, mais elle estime que ce serait illogique.

Perrine Duteil répond que le département attend encore et toujours le rapport du Conseil fédéral concernant le postulat n. 21.4474 « Fréquence des thérapies de conversion en Suisse et nécessité de réglementer ces pratiques dans la loi », déposé le 16 décembre 2021 par Erich von Siebenthal. Elle indique que dans le cadre de l'émission de ce rapport, le Conseil fédéral a mandé l'IFZG pour mener une étude sur le sujet. Elle ajoute que le Conseil Fédéral publiera en principe le rapport autour de mi-janvier 2026 au plus tard.

A la question de la commissaire PLR, le département répond que l'amendement ne viendra pas avant le rapport précité. A la question de savoir si c'est parce que le Conseil d'Etat a un doute sur la capacité de légiférer, la représentante du département répond simplement que le rapport pourrait avoir un impact sur la position du département.

Une commissaire LC constate aussi que la commission tourne en rond et qu'il existe une majorité souhaitant refuser les deux projets de lois. Elle estime que quoi qu'il se passe au niveau fédéral, le Conseil d'Etat devrait proposer un nouveau PL selon sa compétence. Elle rappelle qu'une motion permet au Conseil d'Etat de prendre la température du parlement. Elle observe que d'un côté, une motion propose un moratoire et de l'autre, ouvre des possibilités dans certains cas avec un certain accompagnement. Elle suggère d'accepter les deux motions et d'expliquer au Conseil d'Etat que le Grand Conseil a deux propositions, une solution modérée ou un moratoire jusqu'à ce que les travaux sur les projets de lois aboutissent. Elle souhaite cesser les débats et voter pour que le Conseil d'Etat ait les mains libres s'il obtient la compétence en la matière.

Un commissaire S dit son incompréhension de la position du Conseil d'Etat. Il estime que, quelle que soit la réponse au postulat, il n'y aura pas de compétence exclusive de la Confédération. Il explique que même si la Confédération a une compétence de principe, le canton restera compétent jusqu'à ce qu'un texte soit adopté au niveau fédéral. Il indique comprendre que cette temporisation arrange les personnes opposées au PL 13327 mais pas le Conseil d'Etat qui avait proposé le projet.

Il annonce que si le Conseil d'Etat retire son projet de loi, il le reprendra. Il suggère à chacune d'assumer ses positions. Il rappelle que le PL 13327 fait suite à une motion adoptée par le parlement et que le Conseil d'Etat ne fait que concrétiser la demande du parlement. Il admet que celui-ci peut changer d'avis. Il ajoute que le Conseil d'Etat peut ne pas vouloir concrétiser la demande du parlement parce qu'il existerait peut-être une compétence fédérale, mais il estime qu'il ne s'agit pas de la logique de Genève, qui se positionne d'abord puis corrige le tir si la Confédération s'en saisit. Il annonce qu'il reste sur sa position et rejoint l'avis qu'il faudra passer aux votes.

Prises de position finales

Libertés et Justice sociale

LJS s'opposera aux deux projets de lois (13324 et 13327). LJS est en faveur de la M 3010 que son commissaire trouve intéressante. Il n'est pas certain qu'envoyer deux motions contradictoires soit une bonne idée, car LJS souhaiterait envoyer un message clair au Conseil d'Etat, ce qui sous-entend que son commissaire refusera probablement la M 3137.

Les Verts

Les Verts ne voteront pas en faveur de la M 3137. En effet, comme les bloqueurs de puberté sont actuellement sur le marché et que les gens se les procureront sur internet s'il n'est plus possible de se les faire prescrire par un médecin, ce serait problématique puisqu'il ne serait plus possible d'effectuer un encadrement au niveau médical.

Il explique que la commission avait reçu des chiffres démontrant que ce regret était plutôt dû à l'attitude de l'entourage et que seule une infime minorité regrette réellement sa transition. Il annonce voter contre la motion.

Pour la M 3010, le commissaire indique qu'il pourrait voter pour ou contre.

Parti socialiste

Les socialistes déplorent la liaison malheureuse des objets qui a ralenti leur traitement et donné l'impression de tourner au rond, au point de ne plus se souvenir des premières auditions.

Le premier objet, le PL 13327 qui date de la dernière législature, a été déposé par le Conseil d'Etat à la suite du vote d'une motion adoptée à l'unanimité moins une abstention, visant à interdire les thérapies de conversion sur l'identité de genre et la sexualité. Depuis cette votation, l'idéologie dite « anti-woke » et « anti- théorie du genre » est survenue et a monté en épingle un aspect du projet de loi, qui est la peine pécuniaire maximale que pourraient encourir des organisations internationales aux reins solides, mais qui a été détournée à l'encontre des parents.

Le commissaire socialiste précise qu'avec de la sincérité et de la bonne foi, il est visible que les parents n'étaient pas visés par cette sanction maximale. Il trouve malheureux que le Grand Conseil ne veuille plus protéger les atteintes à l'identité de genre ni les enfants dont les parents refusent qu'ils soient transgenres.

Il ajoute qu'il serait inacceptable pour les Socialistes d'accepter un compromis qui exclurait l'identité de genre du projet de loi sur le modèle du

précédent navrant qu'est l'art. 261bis CP. Il affirme que les personnes transgenres représentent précisément la minorité numériquement la plus faible, la plus attaquée et nécessitant le plus de protection. Il annonce que les Socialistes se battront jusqu'au bout afin de maintenir l'identité de genre au sein de ce projet de loi.

Concernant les thérapies de conversion, il indique que le but est d'interdire les pratiques problématiques et cela pourrait se faire via la LED-Genre, la LS ou une autre loi spécifique. Il explique que la commission a entendu parler de toutes les options possibles, mais constate que plus personne ne souhaite soutenir le PL 13327 dans son état actuel, sans pour autant que des propositions concrètes n'aient été formulées. Il remarque que la commission s'est perdue dans le processus de traitement. Il constate que la commission se retrouve dans une situation problématique où les votes sont précipités alors qu'elle procrastine depuis trop longtemps, avec le concours du département. Il trouve cela regrettable.

Concernant le PL 13324, il l'estime contraire au droit supérieur et aux intérêts des personnes concernées. Le projet de loi est directement repris de la propagande transphobe « anti-woke », se servant de clichés et de chiffres fallacieux sur la détransition. Il trouve cela malheureux.

La M 3010 aurait pu offrir une base de travail plus sereine et serait proche du but, mais présente quelques faiblesses notamment au sujet des bloqueurs de puberté et du délai incompressible qui ne correspond pas aux divers parcours des personnes concernées. Il explique que certaines personnes parcourent un long chemin avant d'entreprendre des démarches médicales alors que d'autres pas. La discussion autour des délais présentés dans les parcours de soins (sans qu'ils soient formalisés pour autant) aurait pu être intéressante, mais la commission n'en a pas été capable.

Il constate que les travaux sur le PL 13324 et la M 3010 vont à l'encontre du droit fondamental d'autodétermination des personnes concernées et montent les peurs en épingle. Il explique que les travaux ont démontré que la médecine nécessitait du calme et de la sérénité et non de la pression. Il donne l'exemple de médecins et de chercheuses en médecine qui subissent des pressions et des comportements inacceptables. La médecine est une science évolutive et que tout n'est pas juste ou faux dès le début. L'adoption du PL 13324 représenterait le contraire de la sérénité. Le PS n'est pas convaincu ni par le procédé ni par le fond de la M 3137 et les Socialistes s'y opposeront.

Parti libéral-radical

La position du PLR a évolué depuis la votation sur la M 2640-A demandant de légiférer contre les thérapies de conversion. Le PLR avait à l'époque une vision très libérale du sujet, estimant que la manière dont les gens se sentent à l'intérieur ne les concernaient qu'eux-mêmes. A présent, le PLR a réalisé que cela concernait d'autres personnes et que la manière dont les personnes se définissent a un impact sur les autres. Elle donne l'exemple d'un garçon se sentant fille et allant dans les douches des filles, les rendant mal à l'aise.

La commissaire PLR ne considère plus la transidentité comme une question personnelle mais comme un phénomène entraînant des conséquences sur la société. Elle donne d'autres exemples comme la question des toilettes, des prisons et le militantisme très fort des personnes non binaires remettant toute la binarité des sexes en question. La commissaire PLR indique en avoir fait les frais lorsqu'elle a mentionné qu'en biologie, il existait un homme et une femme et qu'elle a été traitée de transphobe et de « trumpiste ».

Elle observe aussi les conséquences sur la langue française. Le fait de ne plus pouvoir dire « Mesdames et messieurs », le pronom « iel » ou les ajouts de « · » et de « x ». Elle explique que ce changement de position a évolué à cause des revendications qui ont été plus fortes ces dernières années. Elle précise que chacune a le droit de prononcer des revendications. Elle indique que les projets concernent les mineures, car c'est à ce moment-là que beaucoup de choses se passent. Pour le PLR, les mots-clés sont le bien-être de l'enfant et la protection des mineures.

A Genève, il existe un système de protection des mineurs et si un parent refuse le changement de sexe de son enfant, l'Etat le considère comme maltraitant. Elle indique que le système de protection est alors déclenché, s'il y a des conséquences pour l'enfant et non simplement sur une invitation à réfléchir ou à la demande d'un deuxième avis. Elle indique que le bien de l'enfant a guidé les travaux du PLR.

Ce parti suggère de faire preuve de prudence quant au traitement des enfants, car les transitions ont des impacts pour toute la vie. Elle constate qu'il n'existe pas de connaissance scientifique à long terme concernant les interventions. Elle ajoute qu'il est aussi connu que des enfants ressentent un mal être et qu'il faut l'entendre.

Elle pense qu'un moratoire ou une interdiction complète pourrait poser plus de problèmes que de laisser les interventions se faire. Elle remarque une tendance due à la médiatisation du sujet et craint que certaines personnes soient entraînées sans s'en rendre compte, finissant par être enfermée dans un choix. Elle explique qu'un cocon très confortable est créé autour de ces enfants, qu'il

est difficile pour elles de revenir en arrière et que l'aboutissement du processus est une opération.

Elle explique que la M 3010 suggère d'instaurer un délai permettant de ne plus avoir de doutes concernant le mal-être de la personne avant de prescrire des bloqueurs de puberté. Elle comprend qu'il est souhaitable d'éviter qu'une fille transgenre atteigne 1m90. Elle rappelle les deux amendements ajoutant deux invites à la motion. La première étant « à lutter activement contre les stéréotypes de genre, afin que chaque personne puisse vivre librement, quel que soit son genre ». Elle indique préférer que les hommes soient à l'aise en jupe plutôt qu'ils se sentent obligés de transitionner pour pouvoir en mettre.

Elle ajoute qu'il est important que les hommes transgenres sachent quels sont les risques encourus afin d'éviter les déceptions. Elle lit la deuxième invite supplémentaire : « à s'assurer avant toute IRS de fournir une information complète et objective, incluant les risques encourus et des résultats attendus afin d'obtenir un réel consentement libre et éclairé ». Elle précise que d'autres textes sur le sujet sont en cours de traitement à la commission de la santé, mais elle ne souhaitait pas les ajouter à la motion.

Le PLR ne souhaite pas sacrifier les jeunes mais les soutenir. La question de l'accord des parents est régie par le droit fédéral, mais il s'agit d'un message politique adressé par la motion. Il est important que les choses soient effectuées avec les parents et non dans leur dos.

Le Centre

Le Centre adhère mot pour mot aux propos du PLR. Toutefois, Le Centre pense qu'un moratoire qui puisse être instauré puis levé immédiatement serait une bonne idée. La commissaire LC remarque qu'il n'est pas inscrit dans la M 3137 quelles seraient les raisons d'une levée du moratoire.

Elle rappelle que prendre des hormones n'est pas anodin, ni pour les humains ni pour l'environnement. Elle explique que l'environnement est envahi d'hormones que les humains relâchent à cause de la pilule et des bloqueurs de puberté. Cela a un impact sur l'environnement et spécifiquement sur les poissons et les grenouilles. Elle invite la commission à ne pas négliger l'impact des hormones sur l'environnement et l'eau. Elle observe que les conséquences sur les humains ne sont pas connues car les hormones sont très mal maîtrisées alors qu'elles sont à la base de toutes les fonctions vitales, comme le fonctionnement du cerveau, le sommeil, la sensibilité aux infections, les risques de cancers, la faiblesse des os, le métabolisme, l'humeur, etc. Elle précise que les hormones n'affectent pas que la sexualité. Elle ajoute que les bloqueurs d'hormones ne sont pas anodins non plus.

Le Centre estime que le consentement éclairé sera compliqué à atteindre, car c'est un sujet dont on n'en connaît qu'un dixième. Concernant l'encadrement médical et pluridisciplinaire demandé par la M 3010, le Centre estime que ceci est fondamental et qu'il s'agit de la raison pour laquelle le parti est cosignataire de cette motion.

Le Centre admet qu'il existe des cas où il faut avoir la possibilité de changer de sexe, mais précise que c'est extrêmement rare.

Le Centre s'opposera au PL 13324 ainsi qu'au PL 13327. Le Centre souhaite laisser la liberté au Conseil d'Etat de proposer quelque chose selon les invites de la M 3010.

Le Centre ne votera pas en faveur de la M 3137, car il ne souhaite pas voter pour un moratoire total, dont on ne sait rien sur la levée.

Union démocratique du centre

L'UDC commence sa prise de position en proposant d'amender sa M 3137 en insérant « dans l'attente de l'issue des débats fédéraux sur le sujet » afin d'inscrire un motif de levée du moratoire. Il explique que le moratoire sera donc levé dès le jour où la Confédération aura décidé de la question de la compétence.

L'UDC annonce qu'il votera en faveur de la M 3137, qu'elle soit amendée ou pas, qu'il rejettera le PL 13327 et qu'il soutiendra le PL 13324 en écrivant un rapport de minorité si nécessaire.

L'UDC pourrait soutenir la M 3010 dans une version amendée. Il suggère de supprimer la première invite qu'il estime être du ressort de la LED-Genre. Il trouve la première invite incohérente avec le titre et le but de la motion. Il estime que l'invite concernant le délai est nécessaire. Il rappelle, concernant l'encadrement pluridisciplinaire demandé, qu'une psychiatre est toujours sollicitée ; or, ce n'est pas le cas des endocrinologues et des spécialistes du système osseux. Il donne l'exemple d'une auditionnée harcelée par des psychiatres. Il demande quel est le but de la dernière invite. Il lui est répondu que c'est la mise en place de protocoles qui est recherchée, dans le but de financer la recherche.

Le MCG ne se prononce pas.

Discussion interne précédant le vote

Un commissaire LJS ne souhaite pas laisser entendre que le Grand Conseil ne se préoccuperait pas des enfants. Il précise que c'est spécifiquement parce

que le Grand Conseil se préoccupe des enfants que les travaux prennent autant de temps et que beaucoup d'efforts sont fournis afin de leur permettre de prendre une décision éclairée. Il indique que c'est grâce à cela que les travaux débouchent sur la M 3010.

Un commissaire Ve exprime dans les arrêts de jeu quelques constats généraux. Il estime que certains projets auraient dû être traités par la commission de la santé, qui aurait pu apporter une vision différente puisqu'elle contient des médecins. Il regrette de ne pas avoir fait plus de lien avec la LED-Genre afin de se pencher sur la compatibilité de certains points. Il observe qu'aucune députée n'a intérêt à ce que des jeunes prennent des décisions qu'ils pourraient regretter ensuite. Il constate que les différences d'opinions résident sur la solution à adopter pour éviter autant que possible les regrets et le mal-être. Il déplore le fait de ne pas avoir eu le temps de se pencher sur certains textes, dont certains en allemand.

Le commissaire Ve propose également des amendements sur le PL 13327, qui ne seront traités qu'en cas de vote d'entrée en matière.

Votes

M 3137

Amendement

La commission est saisie d'un amendement UDC :

– *dans l'attente de l'issue des débats fédéraux sur le sujet, à ordonner un moratoire immédiat sur toutes les interventions de réassignation/conversion sexuelle destinées aux mineurs sur le territoire cantonal.*

Oui : 6 (1 LJS, 1 MCG, 1 UDC, 2 PLR, 1 LC)
Non : 1 (1 Ve)
Abstentions : 2 (2 S)

L'amendement est accepté.

Vote final

Oui : 1 (1 UDC)
Non : 7 (2 PLR, 1 LJS, 1 Ve, 2 S, 1 LC)
Abstentions : 1 (1 MCG)

La motion M 3137 est refusée.

PL 13324

Il est procédé au vote d'entrée en matière :

Oui :	1 (1 UDC)
Non :	7 (2 PLR, 1 LC, 1 LJS, 2 S, 1 Ve)
Abstentions :	1 (1 MCG)

L'entrée en matière du PL 13324 est refusée.

PL 13327 (pour information – fait l'objet de rapports séparés)

Oui :	3 (2 S, 1 Ve)
Non :	5 (1 LJS, 1 LC, 2 PLR, 1 UDC)
Abstentions :	1 (1 MCG)

L'entrée en matière du PL 13327 est refusée.

M 3010

La commission est saisie de plusieurs amendements. Un commissaire UDC explique que son groupe souhaite supprimer la première invite, car il estime que cette motion n'est pas le lieu pour celle-ci. Il ajoute que les éléments qu'elle contient sont déjà inscrits dans la LED-Genre.

Une commissaire PLR admet que ce sont des éléments qui sont déjà prévus dans la loi, mais elle souligne que la motion parle de ce sujet et qu'il s'agit d'une bonne introduction afin de rappeler l'importance de la lutte contre toute forme de discrimination envers les personnes transgenres. Elle précise que ce n'est pas la première motion qui répète des éléments présents dans la loi.

Amendement (suppression de l'invite) :

– *à lutter activement contre toute forme de discrimination de personnes transgenres, qui subissent des défis significatifs et spécifiques, tels que les infractions motivées par la haine, le harcèlement, les violences physiques et psychologiques, ou concernant l'accès à l'emploi, au logement et aux services de santé ;*

Oui :	1 (1 UDC)
Non :	7 (1 PLR, 1 LC, 1 LJS, 2 S, 1 Ve, 1 MCG)
Abstentions :	–

L'amendement UDC est refusé.

Pour le deuxième amendement, une commissaire PLR explique qu'il s'agit d'une alternative aux transitions. Elle indique que si la société permettait aux

personnes de vivre comme elles le souhaitaient, les personnes ressentiraient moins le besoin de changer de corps. Elle estime important de l'indiquer.

Un commissaire S dit être certes en faveur d'une invite à la lutte contre les stéréotypes de genre mais pas en tant que substitution aux transitions.

La commissaire PLR précise que l'objectif est de réduire le sentiment de besoin de transitionner.

Un commissaire UDC déclare s'opposer à cette invite. Il indique qu'un état libéral devrait laisser la population penser ce qu'elle souhaite et la laisser avoir des stéréotypes si elle le souhaite.

Un commissaire Ve indique qu'il approuvera cet amendement qui est parfaitement cohérent avec la LED-Genre.

Vote de l'amendement sur la deuxième invite :

– *à lutter activement contre les stéréotypes de genre, afin que chaque personne puisse vivre librement, quel que soit son genre ;*

Oui : 7 (2 S, 1 Ve, 1 LJS, 1 LC, 2 PLR)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : 1 (1 MCG)

L'amendement est accepté.

Le PLR propose cet amendement en précisant qu'il est nécessaire d'adopter un sous-amendement afin de corriger une coquille à l'amendement. Elle explique que IRS est l'acronyme de « intervention de réassignation sexuelle ». Elle indique que le but de la motion est d'instaurer un consentement éclairé et que pour ce faire, il faut que les personnes concernées aient bien été informées. Elle rappelle que lors des auditions, il a été constaté que certaines personnes ont certains rêves autour de ces IRS. Elle souligne qu'il est important que les personnes concernées se rendent compte de la réalité quant aux résultats de ces IRS, qui peuvent différer des rêves des personnes concernées.

Une commissaire LC remarque que, habituellement, les acronymes sont écrits en forme entière lors de leur première apparition dans un texte. Elle indique qu'il faudrait que dans cette invite, IRS ne soit donc pas abrégé.

Une commissaire PLR suggère alors de modifier l'ordre des invites afin de placer en premier l'invite où IRS est écrit en entier.

Un commissaire S dit son hésitation quant à sa position sur cette invite. Il souligne qu'il trouve le besoin d'informer important et que c'est quelque chose

qui est déjà largement effectué. Il trouve frustrant que cet amendement ne remplace pas l'invite suivante. Il estime que la garantie du consentement libre et éclairé permettrait de ne pas formaliser un délai de dix-huit mois et de s'adapter à la situation particulière de chaque personne.

Il prend que le PLR ne souhaite pas qu'il s'agisse d'un remplacement de l'invite suivante. Il annonce ne pas être entièrement convaincu par cet ,amendement mais qu'il suivra le vote de son camarade.

Un commissaire Ve indique que selon sa compréhension, la pratique actuelle s'assure déjà qu'avant toute IRS, des informations objectives sont fournies. Il ne s'opposera donc pas cet amendement.

Vote sur l'amendement PLR à la troisième invite :

– *à s'assurer avant toute IRS de fournir une information complète et objective incluant les risques encourus et des résultats attendus afin d'obtenir un réel consentement libre et éclairé ;*

Oui : 8 (2 S, 1 Ve, 1 LJS, 1 LC, 2 PLR, 1 MCG)
Non : –
Abstentions : 1 (1 UDC)
L'amendement est accepté.

Vote sur le sous-amendement PLR à la troisième invite :

– *à s'assurer avant toute intervention de réassignation sexuelle (IRS) de fournir une information complète et objective incluant les risques encourus et les résultats attendus afin d'obtenir un réel consentement libre et éclairé ;*

Oui : 8 (2 S, 1 Ve, 1 LJS, 1 LC, 2 PLR, 1 MCG)
Non : –
Abstentions : 1 (1 UDC)
L'amendement est accepté.

Un commissaire S propose de supprimer la quatrième invite formalisant ce délai que les travaux ont démontré comme problématique.

Vote sur l'amendement socialiste à la quatrième invite :

– *à exiger que la durée d'un processus précédant une intervention de réassignation sexuelle (IRS) soit au moins de 18 mois entre le début de la*

demande médicale formelle de la procédure et la première prise de médicaments ;

Oui : 3 (2 S, 1 Ve)
Non : 6 (1 LJS, 1 LC, 2 PLR, 1 UDC, 1 MCG)
Abstentions : –

L'amendement est refusé.

Le PLR propose d'abréger « IRS » à la quatrième invite, puisque l'abréviation a été écrite en toutes lettres à l'invite précédente.

Vote sur l'amendement PLR à la quatrième invite :

– *à exiger que la durée d'un processus précédant une IRS soit au moins de 18 mois entre le début de la demande médicale formelle de la procédure et la première prise de médicaments ;*

Oui : 8 (2 S, 1 Ve, 1 LJS, 1 LC, 2 PLR, 1 MCG)
Non : –
Abstentions : 1 (1 UDC)

L'amendement est accepté.

L'UDC propose un amendement sur la cinquième invite afin de remplacer « psychiatre » par « spécialiste du domaine de l'os ». Un commissaire UDC explique que les psychiatres sont toujours inclus dans ces processus parce que les personnes concernées sont des clientes de psychiatres à vie, tout comme elles le seront des pharmacies puisqu'elles prendront des hormones jusqu'à la fin de leur vie aussi. Il indique que la commission a constaté un conflit entre les sciences dures et les sciences plus molles comme la psychiatrie. Il rappelle l'audition d'une endocrinologue et d'une spécialiste de l'os qui avaient expliqué l'effet des hormones sur les os. Il indique qu'il est important de renforcer ce domaine, contrairement à l'exigence de psychiatre qui n'est pas nécessaire.

Une commissaire LC propose de sous-amender « spécialiste du domaine de l'os » en « médecin spécialisé en maladie osseuse ». Le commissaire UDC répond y avoir pensé, mais indique qu'au moment où la question de l'encadrement se pose, il n'y a pas de maladie osseuse. Il indique ne pas avoir trouvé de meilleure formule.

Un commissaire S indique ne pas être étonné de cette proposition. Il ne s'oppose pas fondamentalement à cette idée, mais se demande pourquoi opposer le spécialiste du domaine de l'os au psychiatre. Il ne comprend pas pourquoi il est nécessaire de remplacer l'un par l'autre. Il constate une confusion entre l'encadrement spécifique d'une personne et le besoin d'études pour connaître les effets des hormones, etc. Il ne distingue pas de plus-value à assigner un spécialiste du domaine de l'os à chaque cas et craint que cela n'alourdisse inutilement le processus.

Le commissaire UDC répond que l'objectif est d'expliquer ce qui est entendu par encadrement interdisciplinaire. Il ajoute que cela n'empêche pas que d'autres spécialistes soient impliquées. Il indique qu'il s'agit d'un minimum de personnes devant être considérées, dans l'état des connaissances actuelles sur le sujet et au vu des auditions.

Une commissaire PLR confirme que l'objectif est d'établir un socle minimum. Elle rappelle que le but de la motion est, dans l'exercice des compétences cantonales, d'envoyer le plus de cas possible vers les HUG et de laisser le moins de places possible aux établissements privés qui fourniraient des certificats de manière trop rapide.

Elle indique que si l'imposition d'un encadrement interdisciplinaire limite les établissements privés dans leur pratique, c'est une bonne chose et si ce n'est pas le cas, des compétences spécifiques et un regard interdisciplinaire seront au moins prévus. Elle craint que le fait de ne pas connaître la dénomination de la spécialiste signifie qu'il sera difficile de définir le diplôme nécessaire pour exercer cet encadrement. Elle estime que le socle minimum composé d'une psychiatre, d'une généraliste et d'une endocrinologue est déjà supérieur à ce qui est pratiqué actuellement. Elle trouve intéressant de mettre l'accent sur les études cliniques et sur les conséquences des traitements hormonaux. Elle annonce que pour ces raisons, elle n'acceptera pas cet amendement.

Une commissaire LC indique ne pas être satisfaite de cet amendement non plus. Il lui semble que l'endocrinologue englobe en partie le domaine de l'os. Elle se demande s'il faudrait le remplacer par « ostéologie ».

Vote sur l'amendement UDC à la cinquième invite :

– *à imposer un encadrement pluridisciplinaire constitué au minimum d'un ou une généraliste, endocrinologue et spécialiste du domaine de l'os ;*

Oui : 1 (1 UDC)
Non : 7 (2 S, 1 Ve, 1 LJS, 1 LC, 2 PLR)
Abstentions : 1 (1 LC)

L'amendement est refusé.

Le PLR propose un amendement pour supprimer la septième invite. Une commissaire PLR explique qu'il avait été constaté que le terme de « off label » n'était pas idéal. Elle indique que le PLR propose donc de remplacer cette invite par l'invite suivante, qui vise à mettre en place un centre d'évaluation.

Vote sur l'amendement PLR visant à supprimer la septième invite :

– *à prendre des mesures pour assurer qu'une IRS ne soit plus considérée comme « off-label », mais qu'elle puisse bénéficier de recherches approfondies afin d'empêcher que les traitements actuels ne soient plus « expérimentaux » ;*

Oui : 7 (1 Ve, 1 LJS, 1 LC, 2 PLR, 1 UDC, 1 MCG)
Non : –
Abstentions : 2 (2 S)

L'amendement est accepté.

Le PLR propose un amendement consistant à ajouter une huitième invite. Une commissaire PLR explique que cette invite vise à remplacer l'invite précédente qui a été supprimée.

Vote sur l'amendement PLR pour l'ajout d'une huitième invite :

– *à instituer un centre d'évaluation, d'expertise et de traitement de la dysphorie du genre sous la houlette des HUG qui garantira l'évaluation pluridisciplinaire et sur le long terme des cas concernés ;*

Oui : 7 (2 S, 1 LJS, 1 LC, 2 PLR, 1 MCG)
Non : 1 (1 UDC)
Abstentions : 1 (1 Ve)

L'amendement est accepté.

Un commissaire S trouve la motion plutôt bonne, mais indique qu'au vu du caractère rédhibitoire du délai de dix-huit mois, le PS refusera cette motion. Un autre commissaire S pointe également le risque de cette motion qui est également de remettre en cause l'excellent travail effectué aux HUG. Il rappelle que ce qui est remis en question, c'est surtout le domaine privé, puisque l'accompagnement aux HUG est bon. Il souligne qu'il est important de soutenir les collaboratrices des HUG qui évoluent dans un contexte compliqué et les remercie.

Un commissaire Ve annonce qu'il ne votera pas non plus en faveur de cette motion à cause de la même invite. Il rappelle que la Commission nationale

d'éthique et d'autres études mentionnées durant les travaux ont critiqué ce type de limitation.

Un commissaire UDC indique qu'au contraire, le seul bon élément de la motion est le délai de 18 mois d'attente. Il annonce qu'il refusera la motion pour tout le reste et parce qu'il la trouve « typique du PLR ».

Une commissaire LC indique explique être signataire de la motion M 3010 afin de donner un signal en tant que commission ou en tant que parti. Elle trouve important de voter pour cette motion.

Vote final de la motion amendée :

Oui :	4 (1 LJS, 1 LC, 2 PLR)
Non :	5 (2 S, 1 Ve, 1 MCG, 1 UDC)
Abstention :	–

La motion M 3010 est refusée.

ANNEXE 1

Prise de position n°43/2024

Berne, 7 novembre 2024

Traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre

Considérations éthiques et juridiques

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE

NEK CNE

Table des matières

1. Introduction . . . 3

2. Incongruence et dysphorie de genre dans le contexte médical : diagnostic, accompagnement et traitement . . . 5

2.1 Critères diagnostiques selon la CIM-11 . . . 5
2.2 Accompagnement médical et traitement . . . 7
2.2.1. Accompagnement psychologique, systémique et psychothérapeutique . . . 8
2.2.2. Bloqueurs de puberté . . . 10
2.2.3. Hormonothérapie d'affirmation de genre . . . 12
2.2.4. Interventions chirurgicales . . . 13

3. Considérations juridiques et éthiques . . . 15

3.1 Autonomie/Autodétermination . . . 15
3.1.1. Le droit de l'enfant à un avenir ouvert . . . 15
3.1.2. Capacité de discernement et prise de décision par représentation légale . . . 16
3.1.3. Droit à la participation et prise de décision partagée . . . 17
3.1.4. Résultats ouverts et espace pour le doute . . . 19
3.2 Non-malfaisance . . . 19
3.2.1. Indication et évaluation des risques . . . 19
3.2.2. Données scientifiques et lacunes de la recherche . . . 20
3.2.3. Pesée des intérêts et réduction des dommages . . . 22
3.3 Bienfaisance . . . 22
3.4 Justice . . . 23

4. Résumé et recommandations . . . 26

5. Références . . . 30

6. Glossaire . . . 38

1. Introduction

Pour la plupart des personnes, le genre qui leur a été assigné à la naissance sur la base de leurs caractères sexuels *[1] externes correspond à l'identité de genre* qu'elles ressentent subjectivement : elles se sentent garçon/homme ou fille/femme et sont également perçues comme tel par les autres. Cependant, pour certaines personnes, il en va autrement. Elles ressentent le genre que les autres leur assignent comme étranger, erroné ou inadapté. Cette discordance entre le genre assigné par le milieu social et l'identité de genre subjective d'une personne est appelée incongruence de genre*. Le nombre de personnes concernées en Suisse n'est pas connu. Il n'existe pas de statistiques officielles sur l'identité de genre de la population résidant en Suisse et les estimations issues des sondages varient fortement en fonction de la méthodologie, du groupe d'âge ciblé et du moment de la collecte de données. Lors d'une enquête représentative réalisée par Sotomo en 2021 sur le thème « Genre et identité » en Suisse, 5 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles se sentaient appartenir plutôt à l'autre genre (binaire) que celui assigné à la naissance et 0,4 % ont décrit leur identité de genre comme non-binaire*, c'est-à-dire ni (exclusivement) féminine ni (exclusivement) masculine (Sotomo 2021). Pour faire face aux défis spécifiques qui peuvent être liés à l'incongruence de genre, de plus en plus de personnes concernées se tournent vers la médecine[2]. Chez les enfants présentant une incongruence de genre durable, la souffrance qui peut en résulter, appelée dysphorie de genre*, s'intensifie typiquement au début de la puberté (Medico et al. 2020). C'est pourquoi les personnes qui demandent de l'aide médicale sont souvent encore mineures (Sun et al. 2023).

Bien que la prise de conscience quant à la diversité de genre progresse dans la société, cette évolution s'accompagne d'une certaine inquiétude. Le traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre, en particulier, suscite de grandes réserves. C'est pourquoi certains pays tentent de limiter ou d'interdire totalement ces traitements. Des lois ont d'ailleurs déjà été adoptées en ce sens[3]. Comme le sujet est fortement politisé, y compris en Suisse, les personnes concernées, leurs proches ainsi que le personnel de santé impliqué font de plus en plus l'objet d'un débat extrêmement polarisé, dans lequel certaines décisions de traitement prennent une dimension sociopolitique (Leibowitz et al. 2020). C'est dans ce contexte que les médecins cantonaux latins ont demandé à la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) de prendre position du point de vue éthique sur la question du traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre. Ces médecins souhaitent notamment une mise en perspective de cette problématique dans ses dimensions sociales, juridiques et éthiques, une clarification du rôle de la médecine, ainsi que des recommandations quant à la manière dont le processus de prise de décision pour les personnes mineures devrait être concrètement mis en place, afin d'assurer une prise en charge optimale.

La nécessité de disposer de directives spécifiques pour le traitement des enfants et des jeunes présentant une dysphorie de genre a également été reconnue à l'international. Pour les pays germanophones, des directives intitulées « Incongruence et dysphorie de genre chez l'enfant et le jeune : diagnostic et traitement » (notre

1 Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire qui se trouve à la fin de la prise de position.

2 Malgré le nombre croissant de consultations dans les établissements de santé, seule une partie des personnes concernées souhaitent bénéficier de traitements médicaux d'affirmation de genre. Selon des statistiques des Etats-Unis, 36 % des personnes trans* ou non-binaires* interrogées n'étaient pas intéressées par un traitement médical (gender affirming care), alors que 14 % suivaient à ce moment-là un traitement. Les 50 % restants n'avaient pas de traitement, mais souhaitaient y avoir accès. Green et al. (2022).

3 Cf. *Trans Legislation Tracker* pour les Etats-Unis (https://translegislation.com), une initiative législative en Australie (*Childhood Gender Transition Prohibition Bill*) ou une initiative législative au Grand Conseil du canton de Genève du 9 mai 2023 (*Interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs* ; PL 13324).

traduction) ont été annoncées en décembre 2020 par l'Association des sociétés médicales scientifiques (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF)) (N° 028-014). Ces directives de niveau S2k, qui n'ont pas encore été publiées, contiennent des recommandations de traitement concrètes, soutenues par 90-100 % des personnes déléguées par les 26 sociétés des disciplines médicales impliquées[4]. Le texte s'appuie sur les données scientifiques actuellement disponibles et s'adresse au personnel de santé d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse. Les travaux de rédaction de ces directives sont désormais terminés et sa publication est prévue pour le premier trimestre 2025.

Dans ce contexte, la CNE a décidé de centrer sa prise de position sur les défis éthiques et juridiques liés au traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre. Étant donné que les protocoles de traitement des personnes présentant une dysphorie de genre diffèrent en partie selon si la personne concernée a terminé sa puberté ou non, il est possible que les observations suivantes ne puissent pas s'appliquer au traitement des adultes présentant une dysphorie de genre. Les directives AWMF n° 138-001 peuvent être consultées pour une discussion détaillée des différentes options de traitement du point de vue médical et technique concernant les *adultes* présentant une dysphorie de genre.

La présente prise de position est structurée comme suit : après l''introduction, le chapitre deux donne des explications sur l'origine, le diagnostic et le traitement de la dysphorie de genre chez les personnes mineures. Le chapitre trois aborde les considérations juridiques ainsi que les enjeux éthiques en s'appuyant sur les quatre principes de l'éthique biomédicale de Tom L. Beauchamp et James F. Childress.

Enfin, le chapitre quatre formule des recommandations visant à garantir une prise en charge médicale appropriée des personnes mineures présentant une dysphorie de genre.

4 Les directives de l'AWMF se basent sur un examen et une évaluation systématique des données scientifiques existantes et sont élaborées avec la collaboration des sociétés des disciplines médicales concernées. Elles sont classées en différents niveaux de preuves scientifiques (S1-S3) et suivent une méthodologie clairement définie. Les directives ne sont pas juridiquement contraignantes, mais décrivent les meilleures pratiques actuelles (Best Practice). Plus de 100 sociétés de disciplines médicales membres sont actives et participent à l'élaboration des directives. Voir : www.awmf.org/leitlinien (04.11.2024).

2. Incongruence et dysphorie de genre dans le contexte médical : diagnostic, accompagnement et traitement

Les raisons pour lesquelles certaines personnes développent une incongruence de genre ne sont pas connues (cf. Skordis et al. 2020). Le développement de l'identité de genre chez les enfants et les jeunes a fait l'objet de relativement peu d'études scientifiques (Steensma et al. 2013). Alors que la plupart des enfants sont capables d'attribuer un genre à eux-mêmes et aux autres dès l'âge de 18 à 24 mois (*gender labelling*), ce n'est qu'entre quatre et six ans qu'ils développent une compréhension du genre comme étant une caractéristique constante qui ne change pas dès qu'une personne se comporte ou s'habille de manière atypique* par rapport à son genre (Steensma et al. 2013 ; Trautner et al. 2003). Néanmoins, les enfants peuvent percevoir très tôt une discordance entre le genre assigné par le milieu social et celui qu'ils ressentent subjectivement. Ainsi, plusieurs cas sont rapportés dans la littérature scientifique dans lesquels des enfants exprimaient dès l'âge de trois ans clairement et fermement leur désaccord avec le genre qui leur avait été assigné ainsi que leur souhait de vivre en appartenant à un autre genre (Bockting 2008 ; Cohen-Kettenis 2005). Dans une étude portant sur 96 personnes mineures suivies pour une dysphorie de genre, ces personnes avaient pris conscience de leur incongruence de genre en moyenne à 8 ans[5]. Cependant, plusieurs années s'étaient généralement écoulées entre le *coming-out* intérieur* et le *coming-out extérieur*[6] (Olson et al. 2015). Une étude menée en Suisse romande auprès de dix enfants présentant une incongruence de genre et portant sur leur processus de prise de conscience et de coming-out extérieur a mis en évidence trois trajectoires principales : a) les enfants qui communiquent très tôt leur identité de genre à l'extérieur et la vivent, du moins en privé, b) les enfants qui se taisent et ressentent toute leur enfance une tension intérieure sans pouvoir la comprendre, et c) les enfants qui ne prennent conscience de leur incongruence de genre qu'à la puberté. Ce dernier groupe comprenait surtout des enfants qu'on aurait pu qualifier de « garçons manqués » et qui n'avaient pas questionné leur genre jusqu'à la puberté, moment où une dysphorie de genre est apparue. Cette étude a également observé un laps de temps considérable allant de deux à sept ans entre le coming-out intérieur et extérieur (Medico et al. 2020).

2.1 Critères diagnostiques selon la CIM-11

Les enfants peuvent souvent expérimenter avec les comportements typiquement « féminins » ou « masculins », explorer les différents rôles et ainsi parfois ne pas se conformer aux attentes de la société en la matière. Un comportement non conforme* (ou *gender variant**) par rapport au genre ne constitue donc pas à lui seul un indicateur fiable d'une incongruence de genre ou d'une transidentité*. Un comportement de

5 La fourchette était très large et allait de 2 ans à 22 ans (Olson et al. 2015).

6 Le coming-out intérieur désigne le moment de la prise de conscience personnelle, sans forcément qu'elle soit partagée avec autrui, tandis que le coming-out extérieur désigne le moment où la personne concernée exprime son identité à des tiers. Des normes intériorisées ou la peur du rejet peuvent conduire certaines personnes à nier et à tenter de réprimer leurs propre ressenti, jugé inapproprié. Le coming-out intérieur désigne donc l'étape de la reconnaissance personnelle d'une transidentité, d'une homosexualité ou d'une bisexualité, par exemple.

genre non conforme peut notamment aussi indiquer une orientation non hétérosexuelle[7]. Ainsi, ce n'est pas le comportement qui est déterminant pour établir le diagnostic, mais le ressenti intérieur de la personne.

La nouvelle version de la « Classification internationale des maladies 11 » (CIM-11), le manuel diagnostique de l'Organisation mondiale de la santé, tient également compte de ce fait en indiquant explicitement qu'un comportement non conforme par rapport au genre ne constitue pas une base diagnostique suffisante pour établir la présence d'une incongruence de genre. Il faut plutôt qu'il existe un désir fort et durable de vivre dans le genre ressenti et d'être socialement reconnu comme une personne appartenant à ce genre.

Le nouveau diagnostic selon la CIM-11 s'intitule « Incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte » (HA60), respectivement « Incongruence de genre de l'enfant » (HA61) et remplace le diagnostic obsolète « Transsexualisme » (CIM-10 : F64.0), respectivement « Trouble de l'identité sexuelle de l'enfant » (CIM-10 : F64.2). Les diagnostics ont en outre été déplacés du chapitre « Troubles mentaux » vers le chapitre « Affections liées à la santé sexuelle ». Actuellement, on ne sait pas encore quand la CIM-11 entrera en vigueur en Suisse[8].

CIM-11 (2022)

Incongruence de genre

L'incongruence de genre se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe.

HA60 – Incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte

L'incongruence de genre de l'adolescent et de l'adulte se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné, ce qui conduit souvent à un désir de « transition », afin de vivre et d'être accepté comme une personne du genre ressenti, par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services sanitaires visant à faire correspondre le corps de la personne, autant que souhaité et dans la mesure du possible, au genre ressenti. Le diagnostic ne peut être posé avant l'apparition de la puberté. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic.

7 Dans une étude néerlandaise portant sur 54 personnes mineures présentant un comportement non conforme par rapport au genre, la probabilité qu'une homosexualité ou une bisexualité sans transidentité se développe au cours de la puberté était de près de 50 % pour les enfants de genre assigné à la naissance masculin (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). La constatation qu'une personne a une attirance sexuelle pour des personnes du même genre que celui qui lui a été assigné à la naissance, n'exclut en aucun cas une transidentité. Voir Nieder et al. (2018).

8 Cf. l'interpellation 23.4184 de la conseillère nationale Manuela Weichelt du 28.09.2023 : https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20234184 (21.08.2024); Un rapport de base publié en avril 2024 sur l'introduction de la CIM-11 en Suisse estime à six ans le temps nécessaire rien que pour les travaux préparatoires : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/cim-11.html (21.08.2024).

HA61 – Incongruence de genre de l'enfant
L'incongruence de genre chez l'enfant se caractérise par une incongruité entre le genre vécu/exprimé de celui-ci et le sexe qui est assigné aux enfants prépubères. Elle inclut notamment un profond désir d'être d'un sexe différent de celui qui lui a été assigné, une forte aversion de l'enfant pour son anatomie sexuelle ou ses caractéristiques sexuelles secondaires supposées et/ou un profond désir envers les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires supposées qui correspondent au sexe vécu, ainsi que des jeux d'imagination ou de fantaisie, des jouets, des jeux, des activités et des camarades de jeu qui sont conformes au sexe vécu plutôt qu'au sexe assigné. L'incongruence doit avoir persisté pendant environ 2 ans. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic.

Comme l'accompagnement des enfants prépubères présentant une incongruence de genre ne comprend pas d'interventions chirurgicales ou hormonales, contrairement à celui des jeunes et des adultes, le diagnostic d'« incongruence de genre de l'enfant » a été en partie critiqué par des membres de la société civile comme étant inutilement pathologisant (cf. GATE 2013). Le besoin éventuel d'un soutien psychosocial pourrait être suffisamment justifié par les autres codes de diagnostic déjà existants[9]. La situation est différente pour les jeunes et les adultes. Une classification CIM est utile pour garantir à ces personnes l'accès aux services médicaux pour le traitement de l'incongruence de genre. Ainsi, l'OMS (2022) justifie la décision de maintenir le diagnostic d'incongruence de genre dans la CIM par la nécessité d'assurer l'accès et le financement de services de santé spécifiques pour ce groupe[10].

2.2 Accompagnement médical et traitement

L'Association mondiale des professions pour la santé transgenre (*World Professional Association for Transgender Health* (WPATH)) affirme explicitement dans ses Standards de soin (*Standards of Care* (SOC 8)) que ni la transidentité ni le ressenti d'une incongruence de genre ne devraient être considérés comme une maladie en soi[11]. Cependant, une incongruence de genre marquée peut être à l'origine d'un sentiment de discordance entre le corps d'une personne et son identité de genre, ce qui peut générer une souffrance importante. Les personnes concernées peuvent alors désirer recourir à des traitements afin de modifier leur corps et ainsi réduire l'écart entre la manière dont elles se perçoivent et leur apparence physique. Comme cet écart tend à se renforcer à l'adolescence avec l'apparition de la puberté, la dysphorie de genre, c'est-à-dire la souffrance associée à l'incongruence, augmente typiquement à ce stade du développement. C'est donc souvent à ce moment-là que les personnes concernées ou leurs personnes de réfé-

9 « Les enfants confrontés à des défis tels que l'opposition de leur famille, du harcèlement à l'école ou un rejet social en raison d'un genre différent devraient pouvoir accéder à des services par le biais de codes qui mentionnent ces environnements hostiles sans pathologiser l'enfant. Les parents, les autres membres de la famille et les personnes concernées, telles que le personnel enseignant et du travail social, devraient également pouvoir s'informer et recevoir du conseil et du soutien par le biais de codes qui ciblent leurs besoins spécifiques, sans projeter leur propre détresse sur l'enfant. » (notre traduction) GATE (2013).

10 « L'inclusion de l'incongruence de genre dans la CIM devrait garantir aux personnes transgenres l'accès à des soins d'affirmation de genre, ainsi qu'une couverture d'assurance santé adéquate pour de tels services. » (notre traduction) OMS (2022).

11 Coleman et al. (2022), p. 6.

rence se tournent vers la médecine pour demander la suspension du développement biologique. Chez les enfants prépubères, l'offre de traitement se limite en revanche à un conseil et à un accompagnement psychosocial ou psychologique. Les traitements induisant des modifications corporelles ne sont pas prévus ni pratiqués à ce stade de développement (Coleman et al. 2022, p. 64).

2.2.1. Accompagnement psychologique, systémique et psychothérapeutique

Lorsque les enfants ne se conforment pas aux normes sociales de genre, ils sont souvent confrontés à des critiques et au rejet de leur entourage. Ils en déduisent alors que leur différence n'est pas la bienvenue et ressentent une forte pression de se conformer aux normes de genre dominantes et aux attentes associées en termes d'apparence, de comportement et de préférences[12]. Alors qu'un comportement de « garçon manqué » chez les enfants perçus comme des filles est généralement toléré par l'entourage, les enfants perçus comme des garçons sont rapidement sanctionnés socialement lorsque leur comportement ou leur tenue sont jugés trop « féminins » (par exemple, par de l'intimidation, l'exclusion, des réprimandes ou de l'humiliation) (Jewell & Brown, 2014 ; Pauli, 2017)[13].

L'expérience de rejet lorsque ces enfants se montrent tels qu'ils se perçoivent laisse des traces dans leur psychisme et leur estime personnelle. En effet, la pression à se conformer ressentie par ces enfants a un impact particulièrement négatif sur leur bien-être psychique. Alors que ceux qui se perçoivent comme atypiques* en ce qui concerne leur genre (*gender atypical)* ne semblent pas avoir une santé psychique moins bonne que ceux qui se perçoivent comme typiques* par rapport au genre, ceux qui de surcroit rapportent subir une pression à se conformer ont une santé psychique et une estime d'eux-mêmes nettement moins bonnes (Perry et al. 2019)[14].

Il semble donc que le taux élevé de comorbidités psychiques chez les personnes présentant une dysphorie de genre, telles que la dépression, les troubles anxieux ou les idées suicidaires, n'est pas (uniquement) lié à l'incongruence de genre elle-même (Garcia Nuñez et al., 2024 ; Krüger et al., 2023)[15]. La pression sociale à se conformer aux normes de genre, ainsi que l'exclusion, la dévalorisation ou le rejet, qu'ils soient vécus ou anticipés, de la part des pairs et de l'entourage social au sens large lorsque ces attentes ne sont pas remplies jouent un rôle déterminant[16]. Chez les enfants et les jeunes, l'attitude des parents est particulièrement importante (Grossman et al., 2021 ; Simons

12 « En général, l'expression de genre d'un enfant peut varier en fonction des attentes qu'il perçoit des personnes qui lui sont significatives du point de vue émotionnel. Si un parent, par exemple, ne veut pas que l'enfant exprime le genre qu'il ressent, l'enfant va agir de manière à confirmer le point de vue du parent afin de le rassurer. Les enfants peuvent donc sembler ambivalents quant à leur genre alors qu'ils sont en fait en train de faire face à une situation stressante et de gérer la peur du rejet. » (notre traduction). Medico et al. (2020), p. 1006.

13 Cette différence de réaction de l'entourage se reflète également dans la pratique clinique : lorsque leur enfant présente un comportement de genre différent, les parents ont tendance à faire appel à une aide professionnelle plus tôt si leur enfant a été assigné garçon à la naissance que s'il a été assigné fille (cf. Pauli 2023).

14 « En effet, les enfants qui ont une ou plusieurs raisons de questionner leur genre assigné - qui ne sont pas contents du genre qui leur a été assigné, qui se sentent différents de leurs camarades du même genre assigné, qui se sentent appartenir à l'autre genre, ou qui manifestement ne se conforment pas au genre qu'on leur a assigné - ont tendance à éprouver des difficultés d'adaptation (par exemple, dépression, faible estime de soi) principalement dans la mesure où ils ressentent une pression de se conformer au genre qui leur a été assigné [...]. Cela est important car cela met en évidence les graves dommages qui peuvent découler du sentiment d'être différent du point de vue du genre chez les enfants. Cela montre également que les enfants qui s'interrogent au sujet de leur genre ne sont pas nécessairement prétérités. Enfin, cela a des implications cruciales pour les parents, le personnel enseignant et les autres personnes agentes de socialisation. » (notre traduction) Perry et al. (2019), p. 300. Pour un aperçu des liens entre estime de soi et conformité de genre en comparaison internationale, voir Zentner & von Aufsess (2022). Pour une étude qualitative menée en Suisse, voir Medico et al. (2020).

15 Les données statistiques sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide chez les jeunes personnes trans en Suisse font défaut (cf. Pfister et al. 2019, Krüger et al. 2023). Selon une enquête menée en 2022 par l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) auprès de la population adulte résidant en Suisse, 8 % des personnes cisgenres interrogées ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires, contre 29 % des personnes transgenres ou non. De plus, 3,8 % des personnes cisgenres et 9,7 % des personnes transgenres ou non-binaires interrogées ont rapporté avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Peter & Tuch 2024). Le nombre relativement faible de personnes transgenres et non binaires par rapport au nombre de personnes cisgenres doit être pris en compte dans l'interprétation des données. Cependant, ces chiffres correspondent dans les grandes lignes aux résultats d'études internationales (cf. Surace et al. 2021).

16 Cet effet est appelé *stress des minorités* et décrit la charge psychique chronique que subissent les minorités en raison du rejet social, de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence, qu'ils soient vécus ou anticipés (cf. Meyer 2003). Pour une étude se rapportant à la Suisse, voir : Garcia Nuñez et al. (2024).

et al., 2013). Il est donc essentiel d'intégrer systématiquement la dimension sociale et systémique (famille, école, milieu professionnel, club sportif, etc.) dans l'accompagnement et le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre[17]. Les données scientifiques indiquent qu'un environnement familial soutenant constitue un facteur de protection crucial pour la santé mentale et le bien-être des enfants et des jeunes concernés (Campbell et al., 2023 ; Başar et al., 2016 ; Davey et al., 2014), et améliore ainsi considérablement les chances de succès d'un traitement (cf. De Lara et al., 2020). Une implication et un accompagnement étroits des membres de la famille, voire un suivi thérapeutique familial en cas de conflit, sont recommandés (cf. Pauli, 2017).

En cas de signes de détresse psychologique accrue chez une personne mineure, une évaluation et un accompagnement psychologique ou psychiatrique devraient être proposés (Michaud et al., 2024 ; cf. directives AWMF, IV.K1.). Si un trouble psychiatrique nécessitant un traitement est diagnostiqué, un traitement spécialisé et rapide est recommandé. Les difficultés psychiques peuvent être liées à l'adaptation à l'incongruence de genre et aux expériences difficiles qui y sont associées, ou être indépendantes. C'est pourquoi il est recommandé d'utiliser des outils diagnostiques qui tiennent compte du stress psychologique causé par la stigmatisation et la discrimination (Garcia Nuñez et al., 2024). La question de savoir si une situation de détresse psychologique constitue une contre-indication à un traitement médical de la dysphorie de genre doit être évaluée au cas par cas par une personne experte (cf. Michaud et al., 2024).

En cas de signes indiquant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), une évaluation appropriée est recommandée. Les personnes présentant un TSA présentent également plus souvent une incongruence de genre ou une dysphorie de genre que la population générale (Hisle-Gorman et al., 2019). Même pour les personnes pour lesquelles un diagnostic formel de TSA n'a pas été retenu, une corrélation statistique claire a été établie entre les caractéristiques typiques des TSA, les épisodes de dysphorie de genre et les comportements non conformes aux normes de genre (Kallitsounaki et al., 2021). La prévalence d'un diagnostic de TSA parmi les personnes souhaitant un traitement et chez lesquelles un diagnostic de dysphorie de genre a été établi varie selon les études, mais se situe généralement autour de 10 % (de Vries et al., 2010 ; Kallitsounaki & Williams, 2023). Cette proportion est clairement plus haute que dans la population générale dans laquelle seulement 1 % fait l'objet d'un diagnostic de TSA (Roy & Strate, 2023).

Un diagnostic de trouble du spectre autistique n'est en général pas une contre-indication à un traitement médical de la dysphorie de genre. Cependant, les personnes présentant un TSA ont souvent besoin de plus de temps pour décider d'entreprendre un traitement ainsi que d'un soutien spécifique (Pauli, 2017). Lorsqu'un diagnostic de TSA a été posé, il est essentiel de faire appel à des personnes spécialisées dans ce domaine, car leur expertise est indispensable pour un suivi médical optimal (cf. directives AWMF, IV.K6. & IV.K7.).

Le manque de connaissances spécialisées ou d'expérience des personnes impliquées dans l'accompagnement et le traitement des personnes présentant une incongruence de genre constitue encore un obstacle majeur pour de nombreuses personnes concernées et rend l'accès aux soins de santé difficile. Dans une étude sur la santé des personnes LGBT[18] en Suisse, 35,6 % des personnes transgenres/non-binaires ont indiqué avoir renoncé à des prestations de santé par crainte d'être discriminées en raison de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle (Krüger et al., 2023). Le manque de compétences spécialisées dans

17 « Ces [résultats] exigent que le processus de transition ne soit pas considéré comme une question purement « médicale », mais comme un processus multifactoriel incluant des dimensions psychologiques, physiques et sociales. Par conséquent, plus d'interventions au niveau systémique (par ex., implication des membres de la famille, de l'école, de l'employeur) offertes par le système de soins, mais également par les pairs, sont nécessaires. » (notre traduction) Garcia Nuñez et al. (2024), p. 7. Voir aussi Başar et al. (2016) et Campbell et al. (2023).

18 L'acronyme LGBT fait référence aux personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres.

l'accompagnement des personnes non conformes par rapport au genre a été identifié comme une des causes principales de ces expériences négatives (Ayhan et al., 2020). Cela vaut également pour les personnes mineures en Suisse (Medico et al., 2020). Il est donc essentiel que l'accompagnement et le traitement des personnes présentant une dysphorie de genre soient assurés par des personnes adéquatement formées (c'est-à-dire, en *trans health*) et expérimentées (cf. directives AWMF, VII.K0 ; Coleman et al., 2022).

Objectif

Un accompagnement psychologique ou psychiatrique peut offrir un soutien dans la gestion d'expériences difficiles telles que des conflits familiaux, de la discrimination ou de l'exclusion (mobbing, etc.). Cet accompagnement peut être utile pour explorer plus en profondeur l'identité de genre personnelle ou pour soutenir la réflexion et le traitement de l'intériorisation de la stigmatisation (transphobie). Lors d'une transition* sociale ou médicale, un accompagnement psychologique ou psychiatrique peut également être proposé en soutien (cf. directives AWMF, V.K4).

Malgré un risque de troubles psychiques en moyenne nettement accru, les jeunes et adultes présentant une incongruence de genre peuvent à long terme bénéficier d'une qualité de vie comparable à celle des personnes cisgenres* (Durwood et al., 2017 ; de Vries et al., 2014), en particulier lorsque ces personnes sont soutenues par leur entourage (De Lara et al., 2020). Protéger ces personnes contre la discrimination et leur garantir un accès à des soins médicaux adaptés peuvent également réduire de manière significative leur risque de suicide et de dépression (cf. Green et al. 2022 ; Tordoff et al., 2022 ; Bauer et al., 2015).

2.2.2. Bloqueurs de puberté

L'utilisation de médicaments qui suspendent la puberté (*bloqueurs de puberté*) est l'une des mesures médicales actuellement utilisées pour traiter la dysphorie de genre chez les jeunes. Ce traitement a été initialement développé pour retarder le développement pubertaire chez les enfants présentant une puberté précoce et est utilisé à cette fin depuis de nombreuses années. Des analogues de GnRH[19] sont utilisés, car ils réduisent fortement la production des hormones sexuelles, interrompant ainsi la puberté. Cependant, les processus biologiques de maturation déjà accomplis, comme le changement de voix par exemple, ne peuvent pas être inversés. L'utilisation d'analogues de GnRH chez les jeunes présentant une incongruence de genre n'a pas fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et constitue donc une pratique hors autorisation officielle (prescription hors indication reconnue ou *off-label*)[20].

Dans le contexte de la dysphorie de genre, la meilleure pratique actuelle (*Best Practice*) consiste, s'il y a indication, à commencer le traitement de bloqueurs de puberté au plus tôt au stade 2 de Tanner*. Cela signifie qu'il faut attendre le début de la croissance des seins ou des testicules[21]. Les bloqueurs de puberté peuvent également être commencés à un stade plus avancé de la puberté, bien que l'effet recherché, c'est-à-dire prévenir le développement des caractères sexuels secondaires, diminue à mesure que la puberté avance. Les jeunes commencent généralement ce traitement entre 12 et 16 ans (Coleman et al., 2022, p. 65). Dans tous les cas, il s'agit d'une mesure limitée dans le temps. Lorsque l'analogue de GnRH est arrêté, la puberté reprend son cours. Selon les connaissances actuelles, la procédure est complètement réversible et, au moins dans le cadre de la

19 Les analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (GnRH pour *gonadotropin-releasing hormone*) sont des substances semblables aux hormones qui se lient aux récepteurs GnRH et les régulent à la baisse en cas d'administration prolongée, réduisant ainsi la sécrétion d'hormones sexuelles.

20 Le terme « hors AMM » (*off-label*) signifie que le traitement en question (médicament ou un principe actif), n'est pas autorisé pour cette indication spécifique ou ce groupe de personnes. Étant donné que les enfants sont généralement exclus des études d'autorisation pour des raisons éthiques, la pratique hors AMM est très courante en pédiatrie (environ 40 % à 90 % des médicaments prescrits) (Cuzzolin et al., 2003 ; Kimland & Odlind, 2012).

21 Directives AWMF, VII.K6 ; Coleman et al. (2022), p. 111.

puberté précoce, bien étudiée et éprouvée (Hembree et al., 2017). Cependant, puisque le traitement des jeunes présentant une dysphorie de genre concerne un groupe d'âge différent, il convient de prendre en compte non seulement les effets physiques, mais aussi les implications psychologiques et sociales du fait de retarder la puberté. Alors que le traitement de la puberté précoce vise à aligner le développement physique de la personne concernée sur celui de ses pairs, ce n'est pas le cas des bloqueurs de puberté chez les jeunes présentant une dysphorie de genre. Actuellement, il existe très peu de données scientifiques fiables sur les conséquences psychologiques et sociales du fait de retarder la puberté (Coleman et al., 2022, p. 66).

Objectif du traitement

Le recours aux bloqueurs de puberté permet, d'une part, d'éviter le développement de caractères sexuels non désirés (par exemple, mue de la voix, pilosité faciale, développement mammaire) qui sont irréversibles et auraient un impact négatif sur le résultat d'une transition ultérieure. D'autre part, le traitement peut permettre de prendre le temps nécessaire pour clarifier soigneusement les besoins et les souhaits des jeunes et de créer un espace favorisant un processus de réflexion impliquant non seulement les personnes concernées, mais également leur entourage proche. Si les jeunes ne sont pas encore capables de discernement en ce qui concerne les mesures médicales plus avancées, les bloqueurs de puberté peuvent permettre d'attendre qu'ils aient leur capacité de discernement, sans les soumettre au stress d'une puberté qui amène des caractères sexuels non voulus.

Étant donné que les bloqueurs de puberté arrêtent simplement le développement biologique sans induire de changements corporels vers l'expression de genre* désirée, il ne faut pas s'attendre à ce que ce traitement, à lui seul, réduise la souffrance associée à une dysphorie de genre. L'objectif principal est plutôt d'éviter que la poursuite de la puberté et les transformations physiques associées non désirées aient pour conséquence une intensification de la dysphorie de genre. Comme la puberté représente souvent un facteur de stress majeur pour les jeunes présentant une dysphorie de genre prononcée, les bloqueurs de puberté peuvent soulager la personne concernée et améliorer son bien-être psychologique général, puisqu'ils permettent d'éviter une situation perçue comme insupportable (cf. Rew et al., 2021).

Risques et effets secondaires

Outre des effets secondaires temporaires tels que des bouffées de chaleur ou des sautes d'humeur[22], les bloqueurs de puberté peuvent également avoir un impact sur la densité osseuse. Étant donné que les hormones sexuelles influencent le métabolisme osseux, un traitement par des bloqueurs de puberté peut inhiber la formation osseuse pendant sa prise. Il est important d'en tenir compte, surtout en cas d'utilisation prolongée. Selon l'état de la recherche actuelle, la densité osseuse se normalise dans la plupart des cas après l'arrêt du traitement ou après l'administration d'hormones permettant l'expression de genre désirée à la suite du blocage de la puberté (cf. Taylor et al., 2024b)[23]. De plus, une activité physique suffisante et une alimentation équilibrée contribuent à maintenir une densité osseuse saine et peuvent partiellement compenser les effets négatifs des analogues de la GnRH (Ciancia et al., 2022 ; Bergström et al., 2005).

Il n'est pas encore clairement établi si le traitement par bloqueurs de puberté a une influence sur le développement cognitif. Sur la base des connaissances actuelles concernant l'effet de la puberté sur la maturation cérébrale, on ne peut exclure qu'une interruption de la puberté ait également un impact sur le développement du cerveau. Des modifications comportementales spécifiques ont été observées sur des

22 De tels symptômes, semblables à ceux de la ménopause, surviennent principalement lorsqu'un traitement est initié à un stade avancé de la puberté et sont généralement temporaires (cf. directives AWMF, p. 229f.). Cependant, une attention particulière doit être portée aux détériorations de l'humeur, en particulier chez les personnes transmasculines*.

23 Il est possible que ces effets soient dus à une densité osseuse déjà inférieure à la moyenne au début du traitement. Cela doit être prise en compte lors de la prise en charge.

modèles de souris, mais n'ont jusqu'à présent pas pu être confirmées par des études sur l'humain (Anacker et al., 2020). Une étude portant sur les prédictions du niveau d'éducation futur basées sur le QI n'a trouvé aucune différence entre les personnes ayant entrepris une transition médicale (bloqueurs de puberté et hormones d'affirmation de genre) et les groupes de comparaison. En comparaison avec la population générale néerlandaise, les personnes sous bloqueurs de puberté ou hormones de transition ont même obtenu des résultats légèrement meilleurs, malgré des scores de QI de départ comparables (Arnoldussen et al., 2022). Une étude a analysé l'activité cérébrale de jeunes présentant une dysphorie de genre, avec (n=20) et sans (n=20) traitement par bloqueurs de puberté, ainsi que d'un groupe témoin de jeunes ne présentant pas de dysphorie de genre (n=45), dans le cadre de tâches exigeant diverses fonctions cognitives, notamment de planification (Staphorsius et al., 2015). Aucune différence significative dans les performances (temps, taux d'erreurs) n'a été relevée entre les deux groupes de jeunes dysphoriques, avec et sans bloqueurs de puberté. Les images IRM des jeunes sous bloqueurs de puberté ont montré des activités cérébrales comparables à celles du groupe témoin dont le genre assigné* à la naissance était le même que le leur. En revanche, les jeunes dysphoriques non traités présentaient des activités cérébrales nettement divergentes, à la fois en comparaison avec les jeunes sous traitement et le groupe témoin. La raison de ces divergences reste incertaine, mais pourrait être liée à la taille réduite de l'échantillon[24].

2.2.3. Hormonothérapie d'affirmation de genre

Pour déclencher une puberté amenant les caractères sexuels normalement associés au genre d'identification, il est nécessaire d'utiliser des hormones. Certaines modifications apportées par ces hormones sont irréversibles, c'est-à-dire qu'elles persistent en grande partie même après l'arrêt du traitement. Cela concerne, par exemple, la croissance des seins ou de la barbe, la modification de la voix ou la taille. En revanche, d'autres changements (comme la répartition de la masse graisseuse et musculaire) sont en grande partie réversibles. Le traitement hormonal doit donc être pris à vie pour maintenir les effets souhaités. Un diagnostic conforme aux critères de la CIM (ou du DSM-5) d'incongruence de genre marquée et persistante* (ou de dysphorie de genre) constitue une condition nécessaire pour qu'il y ait une indication à l'hormonothérapie, à condition que l'incongruence de genre soit accompagnée du désir de bénéficier d'une hormonothérapie d'affirmation de genre.

La thérapie hormonale a également des effets sur la fertilité des personnes traitées. Bien que la production d'ovules et de spermatozoïdes de qualité suffisante après l'arrêt de l'hormonothérapie soit possible (Cheng et al. 2019), la prise de ce traitement de manière prolongée peut compromettre durablement la fertilité, en particulier la qualité des ovules (Moravek et al. 2020). Il est donc recommandé d'informer très tôt les personnes sur les options de préservation de la fertilité, notamment sur la cryoconservation des gamètes, c'est-à-dire la congélation d'ovules ou de spermatozoïdes. Cependant, cette procédure nécessite de différer la prise de bloqueurs de puberté ou, si l'on y renonce, de l'hormonothérapie d'affirmation de genre, jusqu'à ce que des ovules fécondables ou des spermatozoïdes fonctionnels soient produits. Cela correspond au stade de Tanner 3-4 pour les spermatozoïdes et au stade de Tanner 4 pour les ovules. Une alternative consiste à prélever du tissu testiculaire ou ovarien avant la maturation des gamètes pour le transplanter ultérieurement. Cependant, les chances de succès sont inférieures à celles obtenues par le prélèvement direct de gamètes matures (Feil et al., 2023)[25].

Objectif du traitement

L'hormonothérapie d'affirmation de genre vise à aligner les caractères sexuels physiques sur le genre d'identification, réduisant ainsi potentiellement l'incongruence

24 Afin de garantir la qualité des futures études sur les effets des bloqueurs de puberté sur le développement du cerveau, une équipe internationale de 24 personnes expertes a publié des recommandations sur la conception des études (Chen et al. 2020).

25 Voir également les informations suivantes de l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ) sur le thème de la préservation de la fertilité en cas de traitement portant atteinte aux cellules germinales : https://www.usz.ch/fertilitaetserhalt-bei-keimzellschaedigenden-behandlungen (21.08.2024).

et la dysphorie de genre[26]. Idéalement, cela permet de diminuer la détresse psychologique au niveau de celle observée dans la population cisgenre (De Lara et al., 2020). Pour les personnes s'identifiant à l'un des deux genres binaires (homme/femme), l'objectif du traitement vise non seulement à augmenter leur bien-être dans leur propre corps, mais également à améliorer le passing*, c'est-à-dire, le fait que ces personnes soient perçues par les autres comme appartenant au genre auquel elles s'identifient. Étant donné que cette reconnaissance repose généralement sur des caractéristiques physiques visibles, des changements corporels tels que la croissance de la barbe, le développement mammaire ou la modification de la voix représentent pour beaucoup des étapes clés dans le processus de transition.

Risques et effets secondaires

Outre les effets susmentionnés de l'hormonothérapie sur la fertilité, les risques secondaires concernent en particulier la santé osseuse, ainsi que le risque de thrombose et de cancer. Les données scientifiques disponibles suggèrent que la thérapie hormonale ne comporte pas de risques graves pour les personnes en bonne santé (cf. Hembree et al., 2017). La prise d'œstrogènes augmente légèrement le risque de cancer du sein, mais ce dernier reste inférieur à celui des femmes cisgenres. De même, la prise de testostérone augmente légèrement le risque de thrombose (cf. directives AWMF, p. 238). Des effets secondaires typiques liés aux hormones sont également rapportés, tels que l'acné, la sensibilité des seins, les sautes d'humeur, une augmentation de l'appétit ou la chute de cheveux hormonale (alopécie). Ces effets apparaissent dans des proportions similaires à ceux observés chez les personnes cisgenres au profil hormonal correspondant (Taylor et al., 2024b). Les effets des bloqueurs de puberté sur la densité osseuse tendent à se résorber avec l'administration d'hormones d'affirmation de genre (Taylor et al., 2024b).

2.2.4. Interventions chirurgicales

Les interventions chirurgicales, telles que la construction d'un vagin ou d'un pénis (vaginoplastie ou phalloplastie), l'ablation de l'utérus (hystérectomie), la chirurgie du larynx ou des interventions chirurgicales du visage, ne sont généralement pratiquées en Europe qu'après la majorité légale (Brierley et al., 2024) et ne seront donc pas discutées en détail ici. Une exception notable est l'ablation des seins (torsoplastie) : les seins représentent un caractère sexuel facilement visible et sont souvent utilisés par autrui pour attribuer le genre. Leur croissance commence tôt dans la puberté (stade de Tanner 2) et suscite fréquemment une grande détresse chez les personnes concernées. Leur visibilité complique la transition sociale et augmente le risque d'être identifié comme trans, ce qui peut accroître le risque d'agressions si une transition sociale a déjà été entreprise (cf. AWMF, 2018, p. 46 ; Miller & Grollman, 2015). Pour ces raisons, une torsoplastie peut être indiquée chez des personnes mineures. Une alternative consiste à aplatir la poitrine à l'aide de *binders* conçus spécialement pour cela. Cependant, leur utilisation entraîne souvent des douleurs, voire même, dans de rares cas, des blessures physiques telles que des fractures de côtes, surtout s'ils sont portés sur de longues périodes (plusieurs années) (Peitzmeier et al., 2021). Chez les personnes ayant des caractères sexuels masculins, une alternative à l'ablation des testicules et du pénis (orchidectomie/pénectomie) est le *tucking*, une technique consistant à fixer le pénis et les testicules contre l'entrejambe afin qu'aucune protubérance ne soit visible, même avec des vêtements serrés. Cette pratique peut toutefois avoir des effets négatifs à long terme sur la fertilité (Feil et al., 2023).

Selon une revue de littérature, la satisfaction générale par rapport aux interventions chirurgicales d'affirmation de genre est élevée, indépendamment du genre ou du type d'intervention (Ren et al., 2024 ; Javier et al., 2022). Cette satisfaction se maintient également sur le long terme : une étude de suivi a révélé des taux

26 « Dans notre étude, toutes [23] les personnes trans ayant participé présentaient une dysphorie de genre à T0. Celle-ci avait disparu après une année d'hormonothérapie d'affirmation de genre chez toutes, ce qui montre que la dysphorie de genre n'est pas inéluctable chez les personnes trans […]. » (notre traduction) De Lara et al. (2020), p. 46.

de satisfaction compris entre 94 % et 100 % quatre à six ans après l'opération (Van de Grift et al., 2018)[27]. De plus, les personnes concernées sont plus satisfaites du résultat des interventions que le personnel de santé[28].

Peu de personnes regrettent les interventions chirurgicales. Selon une méta-analyse des données de satisfaction d'environ 8 000 personnes après divers types d'opérations d'affirmation de genre, seulement 77 personnes (environ 1 %) regrettaient leur intervention (Bustos et al., 2021). La raison principale énoncée par les 34 personnes ayant décidé après l'opération de vivre à nouveau dans le genre assigné à la naissance était le manque d'acceptation par leur entourage (travail, famille, relations). D'autres raisons, telles que des résultats jugés insatisfaisants sur les plans cosmétiques ou fonctionnels ou des complications médicales, ont également été fréquemment avancées. Cependant, ces raisons avaient rarement conduit à une détransition* (Bustos et al., 2021 ; voir également Wiepjes et al., 2018). La satisfaction à l'égard des résultats chirurgicaux est généralement plus élevée dans les études récentes et pour les interventions réalisées aux États-Unis (Ren et al., 2024), ce qui reflète probablement le fait qu'il y ait des techniques opératoires variées et qu'elles se soient améliorées au fil du temps. Des directives de l'AWMF sont actuellement en cours d'élaboration en Allemagne pour garantir la standardisation et la qualité des interventions chirurgicales d'affirmation de genre[29].

Les interventions chirurgicales mentionnées sont irréversibles[30]. Elles comprennent les risques habituels des interventions chirurgicales, tels que les réactions allergiques aux substances actives utilisées, les lésions nerveuses et les troubles de la sensibilité qui en résultent, les risques d'infection ou les complications de la cicatrisation. L'ablation des organes reproducteurs (p. ex. hystérectomie, orchidectomie) entraîne en outre une stérilité permanente de la personne.

27 Contrairement à la revue de littérature systématique de Javier et al. (2018), le nombre de personnes ayant participé dans Van de Grift et al. 2018 est parfois très faible (n entre 3 et 71).

28 « Le personnel de santé a évalué le résultat global comme favorable dans 62 % des cas, contre 95 % selon les patients et patientes. » (notre traduction) Johansson et al. (2010), p. 1429.

29 S2k-Leitlinie Geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie (AWMF Nr. 043-052) (Directives S2k Interventions chirurgicales d'affirmation de genre lors d'incongruence et de dysphorie de genre).

30 Par irréversible, il est entendu ici que l'état initial ne peut pas être entièrement restauré. Une reconstruction mammaire est, par exemple, réalisable après une torsoplastie.

3. Considérations juridiques et éthiques

Divers facteurs doivent être pris en compte pour prendre des décisions concernant le traitement médical de personnes mineures atteintes de dysphorie de genre. Notamment, des évaluations complexes doivent être faites, exigeant ainsi un niveau de compétence élevé et beaucoup de discernement de la part du personnel de santé impliqué, ainsi que de toutes les autres personnes participant à la prise de décision. Selon l'institution concernée, un conseil d'éthique clinique peut être à disposition si besoin et s'avérer une aide précieuse pour faciliter la prise de décision.

Souvent, il est urgent d'agir en raison de la grande détresse des jeunes personnes concernées. En même temps, étant donné que le développement de la personnalité et de la maturité de la personne mineure n'est pas encore achevé, il pourrait sembler plus opportun d'attendre, en particulier si celle-ci n'est pas encore capable de discernement. L'urgence de la décision est cependant renforcée par le fait que la puberté amène des changements corporels qui ne peuvent pas être entièrement inversés, même avec l'utilisation d'hormones de transition. Ces changements corporels peuvent, en cas de transition médicale ultérieure, nécessiter des interventions chirurgicales plus nombreuses et plus lourdes. En revanche, il faut également prendre en considération le fait qu'une hormonothérapie d'affirmation de genre peut causer des changements corporels parfois irréversibles et comporte un risque de perte définitive de la fertilité.

L'évaluation de tous ces aspects est d'autant plus complexe que les données empiriques actuellement disponibles sur les effets, les effets secondaires et les conséquences à long terme (positives et négatives) des différentes interventions ne sont pas encore suffisantes. Bien qu'elles fournissent des indications importantes et mettent parfois en évidence des tendances claires, elles ne répondent pas encore aux exigences élevées nécessaires pour une prise de décision fondée sur des preuves (*evidence-based*), compte tenu des conséquences potentiellement graves et parfois irréversibles des traitements (cf. Taylor et al. 2024a&b). Par ailleurs, toutes ces considérations et évaluations s'inscrivent dans un contexte où il n'est pas toujours clair si les personnes mineures concernées ont leur capacité de discernement, alors même que la nature hautement personnelle des décisions rend problématique une prise de décision par les représentants légaux.

Il n'est donc guère surprenant que la question de la prise en charge médicale appropriée des personnes mineures présentant une dysphorie de genre ait suscité des controverses au sein de la société et, pour certaines interventions, dans le domaine médical. Étant donné les enjeux importants, il s'agit de pondérer soigneusement les différents biens qui sont en jeu, tout en sachant qu'il n'y a pas de solution parfaite qui ne comprenne pas de risque. Dans ce chapitre, les dilemmes évoqués seront analysés et discutés de manière plus approfondie à la lumière des principes de l'éthique biomédicale de Beauchamp et Childress (2019).

3.1 Autonomie/Autodétermination

3.1.1. Le droit de l'enfant à un avenir ouvert

Les personnes mineures, tout comme celles adultes, possèdent des droits humains fondamentaux. C'est avec l'adoption de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant en 1989 que les enfants ont été reconnus pour la première fois comme des sujets de droit à part entière. Cette convention « protège les enfants et les reconnaît comme personnes à part entière dotées de leurs propres objectifs et de leur propre volonté. Elle demande que le bien de l'enfant

soit considéré en priorité dans toutes les décisions qui le concernent.[31] » Par conséquent, les décisions ayant des conséquences irréversibles et durables sur la vie future d'un enfant devraient, dans la mesure du possible, être prises par l'enfant lui-même. Dans ce contexte, *l'Académie européenne de pédiatrie* (EAP) met en avant le droit de l'enfant à un avenir ouvert. Concernant le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre, l'EAP souligne que le fait de vivre une puberté dans un genre qui ne correspond pas à l'identité de l'enfant tout comme une transition médicale que l'enfant regretterait par la suite violent ce droit à un avenir ouvert. L'objectif devrait donc être de maintenir ouvertes différentes options et de pouvoir les « explorer » jusqu'à ce que l'enfant puisse prendre lui-même la décision qui lui convient[32].

Bien que le droit à un avenir totalement ouvert ne puisse être pleinement réalisé dans la pratique, le respect de l'autonomie des personnes mineures exige que les décisions de vie importantes soient, dans la mesure du possible, prises par elles-mêmes. Cependant, la puberté commence à un âge où il n'est pas toujours évident de déterminer si les personnes concernées sont déjà capables de discernement en ce qui concerne une éventuelle transition médicale. Ce n'est que si elles sont en mesure d'évaluer les conséquences personnelles, sociales et sur leur santé à long terme de leur décision que leur autodétermination peut être réellement garantie. D'autre part, la décision d'attendre avant d'entreprendre toute intervention médicale alors que la personne mineure exprime un souhait de transition, l'expose à vivre la puberté avec des caractères sexuels non désirés, et cela contre sa volonté. Cela compliquerait également une transition médicale ultérieure en raison des changements corporels déjà survenus. La décision d'attendre est donc également problématique du point de vue de l'autonomie. L'utilisation de bloqueurs de puberté chez les personnes mineures présentant une incongruence de genre peut donc être considérée comme une tentative de résoudre ce dilemme, puisqu'elle suspend la détermination de caractères sexuels spécifiques résultant de la puberté. C'est pourquoi il est crucial du point de vue éthique de distinguer dans ce contexte les modifications corporelles et les interventions médicales réversibles de celles qui sont irréversibles. Plus la possibilité de revenir sur une décision ultérieurement (c'est-à-dire après avoir atteint la capacité de discernement) est limitée, moins l'avenir de la personne concernée est ouvert.

3.1.2. Capacité de discernement et prise de décision par représentation légale

Qu'une personne mineure soit capable de discernement ou non, un traitement médical de la dysphorie de genre n'est envisagé que si elle le souhaite elle-même. Selon la loi, si la personne mineure est capable de discernement, elle seule est habilitée à consentir ou à refuser des mesures médicales. Les titulaires de l'autorité parentale n'ont, d'un point de vue légal, aucun droit de codécision ou de veto. Cependant, des études empiriques montrent qu'un environnement social favorable donnant du soutien constitue un facteur de protection important pour la santé psychique des personnes mineures présentant une dysphorie de genre et conduit à de meilleurs résultats des traitements à long terme (Simons et al., 2013 ; Turban et al., 2021 ; Campbell et al., 2023). Ainsi, du point de vue thérapeutique, il ne semble ni judicieux ni dans l'intérêt de la personne en quête d'aide de chercher la confrontation avec les personnes de référence ou

31 Bases légales de la politique de l'enfance et de la jeunesse en Suisse : https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/politique-sociale/kinder-und-jugendfragen/grundlagen-gesetze/gesetze.html (21.08.2024).

32 « Une autre considération importante est le droit de l'enfant à un avenir ouvert, qui vise à protéger l'enfant contre des choix de vie imposés jusqu'à ce qu'il puisse les faire lui-même. Un enfant entrant dans la puberté dans un genre auquel il ne s'identifie pas voit son droit à un avenir ouvert compromis, tout comme l'enfant engagé dans une transition qu'il pourrait regretter ultérieurement. Une approche alternative, qui préserve mieux les différentes options et permette une plus grande fluidité dans l'expression et l'identité de genre, semble préférable, malgré le fait qu'elle comporte des ambiguïtés essentielles et des difficultés liées au ménagement de droits qui s'opposent. » (notre traduction) Brierley et al. (2024), p. 5.

d'aggraver un conflit existant[33]. Il est plutôt recommandé d'impliquer les personnes ayant l'autorité parentale dès le début et de manière continue dans la décision de traitement, en visant autant que possible, dans l'intérêt de la personne concernée, à trouver un consensus. Selon les directives AWMF, un tel consensus devient d'autant plus crucial « [à mesure que] la décision à prendre est grave et que la capacité de discernement de la personne concernée devient difficile à évaluer […] » (directives AWMF, p. 274, notre traduction). Si la personne mineure n'est pas capable de discernement, ce sont les personnes détenant la représentation légale qui prennent généralement les décisions concernant les mesures médicales. Toutefois, cela n'est possible que si la décision ne porte pas sur des droits strictement personnels, lesquels excluent toute forme de représentation[34]. Qu'en est-il du traitement de la dysphorie de genre ?

Dans le cadre du traitement médical de personnes mineures présentant une dysphorie de genre, leur identité de genre est au centre des préoccupations. L'identité de genre représente pour beaucoup de personnes une composante essentielle de leur personnalité et est étroitement liée à la manière dont ils conçoivent leur identité personnelle. Cela soulève la question de savoir si des décisions dans ce domaine peuvent être prises par un tiers ou s'il s'agit, comme pour le mariage par exemple, d'un droit strictement personnel que seule la personne concernée peut exercer. Plusieurs éléments vont dans ce sens. Le premier, déjà mentionné, est le fait que l'identité de genre touche au cœur même de la personnalité. Un deuxième est que les questions liées au sexe, à l'identité de genre et à la sexualité sont des sujets extrêmement intimes et personnels que des tiers ne peuvent évaluer de manière adéquate. De plus, la question du genre touche presque tous les aspects de la vie, ce qui fait qu'une personne doit continuellement se prononcer sur cette question dans la vie quotidienne. Les décisions dans ce domaine ont donc généralement un impact profond sur la vie et la capacité de la personne à s'autodéterminer. Pour cette raison, la CNE recommande qu'un consentement par représentation légale en cas d'incapacité de discernement de la personne concernée ne soit pas permis pour des interventions médicales et des traitements d'affirmation de genre qui modifient profondément et de manière permanente l'apparence d'une personne ou qui ont un impact irréversible sur la fertilité. Cela concerne tant l'hormonothérapie d'affirmation de genre que les interventions chirurgicales correspondantes. Cela ne s'applique pas aux interventions et mesures temporaires dont les effets sont largement réversibles, telles que les bloqueurs de puberté. Dans ces cas-là, la personne pourra décider elle-même de la poursuite ou de l'arrêt du traitement une fois qu'elle aura acquis la capacité de discernement. Ainsi, le droit à un avenir ouvert est largement préservé. Un consentement par représentation légale est, en principe, possible pour les mesures temporaires, mais la personne concernée doit être étroitement impliquée dans le processus décisionnel et tout traitement nécessite son consentement. La personne mineure qui n'a pas encore la capacité de discernement doit en outre recevoir un soutien qui l'aide à développer les compétences nécessaires pour acquérir la capacité de discernement.

3.1.3. Droit à la participation et prise de décision partagée

Quel que soit l'âge de la personne mineure, celle-ci a le droit de participer à la prise de décision, même si elle n'a pas encore la capacité de discernement. Ce droit découle notamment de l'article 12 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CDE) et comprend diverses formes de participation, telles que le droit à l'information, le droit d'être pré-

33 Bien que la question de genre ait souvent été une préoccupation de longue date pour les personnes concernées, le souhait de transition peut parfois surprendre leurs proches lorsqu'il est exprimé pour la première fois. Ces derniers ont souvent besoin de temps pour se familiariser avec le sujet et comprendre que ce souhait est le résultat d'un long processus intérieur (Pauli 2023). Cela se reflète dans le fait que le pourcentage de parents qui adoptent une attitude positive envers l'identité de genre de leur enfant trans augmente avec le temps écoulé depuis le coming-out (cf. Grossman et al. 2021).

34 Les droits considérés comme strictement personnels incluent, par exemple, le droit de contracter un mariage ou le droit de rédiger un testament.

sent, le droit de former et d'exprimer librement son opinion, ou encore le droit d'être entendu (cf. CSDH 2020). Les opinions et les souhaits des enfants et des jeunes doivent donc être pris en compte dans le processus décisionnel de manière appropriée selon leur âge et leur maturité[35]. L'identité de genre est une conviction intérieure qui échappe en grande partie aux méthodes et tests objectifs (Turner et al. 2020). Ainsi, c'est la personne concernée qui doit avoir autorité sur son propre vécu et ressenti (Wiesemann 2020). L'objectif du traitement doit donc être de soutenir les personnes mineures dans un processus d'exploration de leur identité de genre qui laisse les différentes options ouvertes, afin qu'elles puissent décider de manière autonome quels traitements elles souhaitent ou ne souhaitent pas (cf. directives AWMF, V.K3; Ashley 2019). Cependant, la complexité des décisions peut submerger les personnes concernées. En effet, leur détresse psychologique est souvent importante et elles doivent régulièrement faire face à un manque de compréhension ou un rejet de la part de leur entourage ou peuvent craindre cela (Grossman et al., 2021), ce qui peut rendre la prise de décision émotionnellement très lourde. Dans une approche d'autonomie relationnelle, le soutien et l'accompagnement par une personne de confiance sont d'une importance capitale dans ces situations[36].

Afin d'accompagner au mieux les personnes mineures dans ce processus, le modèle de prise de décision partagée (*Shared Decision Making*) peut être utilisé. Cette approche est basée sur le dialogue et est centrée sur la personne. Les informations nécessaires sont présentées de manière adéquate[37] et peuvent ainsi être évaluées à la lumière de la situation spécifique. Pour cela, il est essentiel que le personnel de santé et la personne concernée (ainsi que, pour les personnes mineures, leurs proches ou les personnes habilitées à les représenter légalement, si nécessaire) puissent échanger sur un pied d'égalité. En effet, tout comme les spécialistes du domaine médical, les personnes concernées apportent une expertise précieuse sur le développement et la manifestation de leur dysphorie de genre, ainsi que sur leurs préférences, valeurs, objectifs de vie et leur réalité quotidienne qu'on ne pourrait obtenir d'une autre manière. Combinées, ces expertises, médicale et personnelle, permettent de parvenir à la meilleure décision possible pour faire face à une problématique médicale spécifique. Ainsi, les options de traitement sont évaluées à la lumière des préférences, des valeurs et des objectifs de vie des personnes concernées jusqu'à ce que le processus d'échange aboutisse à une décision quant au traitement médical le plus approprié à la situation qui soit partagée et assumée conjointement par toutes les parties prenantes. Que les personnes concernées soient capables de discernement ou non, elles participent autant que possible à toutes les étapes du processus de prise de décision. Le droit d'approuver ou de refuser une intervention médicale reste, dans ce modèle, entre les mains de la personne concernée ou, en cas d'incapacité de discernement, de la personne qui la représente légalement.

Selon le modèle de prise de décision partagée (*Shared Decision Making*), le processus de traitement doit être guidé par la situation individuelle et les besoins spécifiques des personnes concernées, et ne doit pas être déterminé par un idéal sociétal prédéfini, comme celui d'une « transition parfaite », par exemple. Plutôt que de suivre des parcours de traitement prédéterminés et rigides, il est préférable, quand cela est possible et judicieux, de convenir d'objectifs de traitement individualisés (voir De Lara et al., 2020). Par ailleurs, il doit toujours être possible d'interrompre un traitement entamé ou d'ajuster un parcours thérapeutique a pos-

35 Article 12, alinéa 1 de la CDE : « Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité. »

36 Selon le concept d'autonomie relationnelle, qui met l'accent sur la dimension relationnelle de l'autodétermination, l'exercice de l'autonomie comprend toujours une dimension interpersonnelle. Contrairement au concept d'autonomie individuelle, l'autonomie relationnelle met en lumière le contexte social dans lequel les décisions sont prises et prend en compte les conditions familiales, sociétales et culturelles qui rendent l'autodétermination de l'individu possible (cf. SAMW, 2016).

37 L'information devrait être, dans la mesure du possible, fondée sur les preuves (evidence based). Cf. Lühnen et al. (2015). Directives sur l'information fondée sur les preuves dans le domaine de la santé. URL : http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de (19.09.2024).

teriori, sans que cela exclue que la personne puisse reprendre ce traitement dans le futur.

3.1.4. Résultats ouverts et espace pour le doute

Une prise en charge de bonne qualité repose sur une relation de confiance entre les personnes concernées et le personnel de santé. Cela est d'autant plus important que le sujet est personnel, intime, ou potentiellement vu comme honteux. Des expériences négatives antérieures avec le personnel de santé peuvent rendre la construction de cette relation encore plus difficile. Il est important que de potentiels doutes ou changements d'avis exprimés par les personnes concernées soient compris comme faisant intégralement partie d'un processus d'exploration ouvert de l'identité de genre, et que cela ne réduise pas ni ne compromette automatiquement leurs chances d'accéder à un traitement médical. Sinon, il existe un risque d'autocensure. En effet, les personnes concernées pourraient se sentir obligées d'adopter des propos qui ne sont pas les leurs, mais qui seraient jugés crédibles par les spécialistes afin de tenter de répondre à leurs attentes (voir Howell & Maguire, 2023). Il est essentiel de reconnaître que l'incongruence de genre peut se manifester de diverses manières et que les stéréotypes sur l'apparence ou le comportement des « véritables » personnes trans ne reflètent pas la grande diversité des expériences et des expressions de ce phénomène. Un environnement de soins où les personnes concernées ont l'impression de devoir correspondre à un certain modèle pour être prises au sérieux n'est pas propice à une réflexion ouverte et autocritique sur leur propre identité de genre.

D'autre part, un processus d'accompagnement consciencieux et responsable des personnes mineures implique également de pouvoir, si nécessaire, remettre en question de manière critique leurs souhaits et leurs représentations sans que cela soit perçu comme une marque de défiance. Si la personne concernée sous-estime certains risques ou bénéfices d'un traitement, il incombe aux spécialistes de rectifier ces attentes. L'accompagnement des personnes mineures présentant une incongruence de genre exige donc non seulement beaucoup de connaissances spécialisées et d'expérience, mais aussi une sensibilité particulière et une compréhension de la réalité de vie des personnes concernées qui doivent souvent faire face à la stigmatisation et voir d'autres personnes prendre des décisions en leur nom (voir Garcia Nuñez et al., 2024). Il est donc crucial que le personnel de santé impliqué dans la prise en charge des personnes présentant une dysphorie de genre ait été formé de sorte à pouvoir assurer des soins de haute qualité, exempts de discrimination (voir Krüger et al., 2023).

3.2 Non-malfaisance

3.2.1. Indication et évaluation des risques

Une intervention médicale est envisagée lorsqu'elle est médicalement indiquée. Cela signifie, d'une part, qu'une souffrance nécessitant un traitement est présente et que la médecine a des mesures à proposer qui sont adaptées pour atténuer cette souffrance. Pour être médicalement indiquée, une intervention doit, d'autre part, présenter un rapport bénéfice-risque favorable pour la personne concernée, et les alternatives doivent soit être exclues, soit être jugées moins appropriées étant donné la situation. Comme les mesures médicales disponibles pour traiter la dysphorie de genre comprennent des interventions dont les effets sont importants et en partie irréversibles, l'évaluation du rapport bénéfices-risques est spécialement importante. Le traitement des personnes mineures se distingue de celles majeures en cela que leur développement biologique n'est pas encore achevé, ce qui peut engendrer des effets indésirables, par exemple sur la santé osseuse ou la fertilité future. Dans ce contexte, les mauvaises décisions peuvent avoir des conséquences graves.

À première vue, cela pourrait plaider en faveur d'une approche très prudente, comme celle du « watchful waiting », qui consiste à attendre et observer[38]. Cependant, il ne faut pas négliger qu'attendre (trop) avant d'introduire un traitement médical peut également causer de graves dommages. Par exemple, l'avancement de la puberté peut impliquer des interventions chirurgicales plus complexes lors d'une transition médicale ultérieure, alors qu'elles auraient pu être évitées avec un traitement plus précoce. Les symptômes de la dysphorie de genre peuvent aussi s'aggraver, augmentant ainsi la souffrance des personnes concernées et pouvant mener jusqu'à des risques suicidaires aigus (voir Bauer et al., 2015). Il est donc crucial pour la prise de décision thérapeutique de pouvoir prédire avec suffisamment de certitude si l'incongruence de genre est durable ou temporaire. Si l'incongruence de genre accompagnée d'un souhait de transition médicale s'avère durable, une intervention aussi précoce que possible dans la puberté serait avantageuse du point de vue médical pour limiter les dommages futurs[39]. À l'inverse, une intervention médicale pourrait avoir des conséquences délétères, notamment en ce qui concerne la fertilité, dans le cas où la personne décide plus tard de détransitionner (voir Taylor et al., 2024b). Ainsi, les risques d'une prise en charge médicale tout comme ceux d'une absence de traitement doivent être minutieusement évalués au cas par cas[40]. Malheureusement, cette évaluation est encore davantage compliquée par le fait que les données scientifiques sont en partie insuffisantes.

3.2.2. Données scientifiques et lacunes de la recherche

Les données actuelles concernant le traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre sont insuffisantes dans plusieurs domaines. Différentes raisons sont en cause : le faible nombre de cas; la difficulté, notamment pour des raisons éthiques, de mener des études contrôlées, randomisées, et en double aveugle[41]; un échantillonnage hétérogène et non aléatoire; des méthodologies diverses et variées; ainsi que des protocoles de traitement non uniformes. Ces facteurs nuisent à la qualité et à la comparabilité des données disponibles. En outre, les données longitudinales font défaut en raison du fait que le traitement de la dysphorie de genre est une pratique relativement jeune[42]. Bien que certaines de ces faiblesses méthodologiques puissent et doivent être corrigées à l'avenir grâce à des protocoles de recherche plus robustes, le problème des groupes de contrôle reste largement insoluble pour des raisons éthiques.

À cela s'ajoute le fait que les chances de réussite d'un traitement ne dépendent pas uniquement du protocole médical lui-même, mais aussi de l'environnement social de la personne en traitement (Simons et al., 2013). Bien que les facteurs sociaux jouent un rôle dans de nombreuses interventions médicales, il est rare que leur influence soit aussi prononcée. Il est donc fortement recommandé que les études sur l'efficacité des méthodes de traitement intègrent systématiquement dans leurs analyses les dimensions du

38 « Watchful waiting » décrit l'approche qui consiste à observer l'évolution d'une maladie ou d'un processus, sans intervention médicale. Cf. directives AWMF, p. 93.

39 A l'exception de la vaginoplastie, pour laquelle, en raison de la suppression de la puberté, moins de peau du pénis est disponible pour la construction d'un néovagin (Taylor et al. 2024a).

40 « Lors de la décision de recourir à des traitements médicaux somatiques pour la suppression de la puberté ou l'affirmation de genre à l'adolescence, il convient d'évaluer soigneusement les avantages et les risques escomptés. Les risques potentiels pour la santé résultant d'une décision de traitement médical somatique regrettée a posteriori par les personnes concernées ou d'un traitement qui s'avère mal indiqué pour d'autres raisons doivent donc être mis en balance avec les risques pour la santé qui peuvent résulter d'un report ou de la non-introduction d'un traitement médical somatique » (notre traduction). Directives AWMF, p. 24.

41 Cela s'explique d'une part par le fait que les changements corporels induits par l'hormonothérapie sont visibles et donc rendent la méthodologie des études en double-aveuble impossible, et d'autre part parce qu'il semble éthiquement inacceptable de traiter le groupe de contrôle uniquement avec un placebo ou une thérapie alternative (par exemple, une psychothérapie) tout en laissant la puberté se poursuivre dans le genre non désiré.

42 Les traitements médicaux d'affirmation de genre sont pratiqués et étudiés scientifiquement dans divers pays au moins depuis les années 1980. Aux Pays-Bas, par exemple, des données sur le traitement des personnes transgenres remontent à 1972 (Wiepjes et al., 2018). Cependant, une grande partie de ces données concerne des personnes adultes.

soutien social et de la discrimination vécue (voir De Lara et al., 2020 ; Campbell et al., 2023).

Le manque ou l'absence de données dans certains domaines augmente le risque que de mauvaises décisions soient prises. Cela concerne à la fois les risques de surmédicalisation, de sous-médicalisation et de décision erronée. L'état des données scientifiques doit donc être pris en compte dans l'évaluation bénéfices-risques. Cela implique de prendre en considération, par exemple, d'éventuelles données indiquant certains dommages liés aux traitements, remettant en cause l'efficacité d'un traitement, le fait que les résultats de différentes études pourraient être contradictoires, voire même l'absence complète de données fiables. Il est important de mentionner que les traitements hormonaux des personnes mineures présentant une dysphorie de genre (bloqueurs de puberté, hormones d'affirmation de genre) sont des traitements utilisés depuis longtemps pour d'autres indications (puberté précoce, intersexuation, troubles hormonaux spécifiques tels que l'hypogonadisme) et qui sont considérés comme sûrs lorsqu'ils sont accompagnés d'une surveillance appropriée des effets secondaires (voir Hembree et al., 2017). Bien qu'on ne puisse pas directement transposer ces résultats à la prise en charge des personnes mineures présentant une dysphorie de genre, puisque le groupe cible est différent, ils fournissent néanmoins des indications précieuses sur les risques et effets secondaires possibles.

Parallèlement, il faut également prendre en compte dans l'évaluation bénéfices-risques les risques associés à la décision de ne pas traiter. Étant donné l'état actuel des connaissances issues de la recherche et de la pratique médicale, les effets secondaires et conséquences à long terme prévisibles, ainsi que l'incertitude quant au pronostic du traitement, il convient de souligner qu'il n'est pas justifié d'exclure d'emblée les personnes mineures présentant une dysphorie de genre de tout traitement médical par bloqueurs de puberté ou hormones d'affirmation de genre au nom du principe de précaution[43]. Étant donné qu'il n'y a pas d'alternatives thérapeutiques efficaces, que les effets des traitements sur la santé mentale et la qualité de vie des personnes concernées sont prometteurs (voir Tordoff et al., 2022 ; Nobili et al., 2018), et que la souffrance des personnes concernées peut être très grande, le seuil pour justifier éthiquement un refus complet de traitement est particulièrement élevé (voir De Lara et al., 2020). Comme expliqué ci-dessus, la décision de traitement doit reposer sur l'indication spécifique pour la personne concernée, ce qui implique une évaluation complète des bénéfices et des risques au cas par cas. Les nouvelles données scientifiques qui seraient disponibles dans le futur doivent également être prises en compte de manière appropriée.

Bien qu'il soit souhaitable de viser à obtenir des preuves scientifiques de la plus haute qualité (c'est-à-dire des essais contrôlés randomisés), en réalité, elles ne sont pas la norme en médecine. Un tel standard de qualité n'est pas toujours réalisable et, s'il était nécessaire pour l'utilisation d'un traitement, une partie substantielle des traitements médicaux actuels ne pourraient plus être prescrits. Néanmoins, dans l'esprit de la médecine fondée sur les preuves (*evidence based medicine*) il est souhaitable de continuer la recherche et d'obtenir des preuves scientifiques robustes afin d'améliorer la qualité des thérapies et de continuer d'évaluer l'efficacité des traitements. Cela vaut pour la prise en charge des personnes mineures présentant une dysphorie de genre comme pour les autres domaines de la médecine. En ce qui concerne le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre, il est particulièrement important d'intensifier la recherche de prédicteurs fiables de l'incongruence de genre durable, afin de prévenir les dommages potentiels liés à un diagnostic erroné.

43 Le principe de précaution s'applique en particulier dans le droit de l'environnement, lorsqu'il y a de bonnes raisons de craindre des dommages graves et irréversibles, mais qu'une estimation quantitative fiable des risques n'est pas possible (nécessité de la preuve). Dans de telles situations, le principe de précaution exige qu'une marge de sécurité soit prise en compte étant donné les incertitudes, à condition que cela n'entraîne pas une prise de risque comparable ou ne porte pas atteinte à des intérêts privés et/ou publics prépondérants (cf. Rütsche 2024).

Il est bien sûr essentiel que les incertitudes concernant les effets, ainsi que les éventuels effets secondaires à court ou à long terme du traitement envisagé soient communiquées de manière transparente aux personnes concernées afin de garantir un consentement éclairé (voir Taylor et al., 2024b, p. 7). Il n'est cependant pas justifié du point de vue éthique d'exiger une qualité de preuves scientifiques plus haute pour le traitement de la dysphorie de genre que pour d'autres indications.

3.2.3. Pesée des intérêts et réduction des dommages

Étant donné le principe éthique de non-malfaisance, le fait que certains traitements hormonaux d'affirmation de genre et certaines interventions chirurgicales ont des conséquences en partie irréversibles parle en faveur d'une approche thérapeutique globalement plutôt prudente ainsi que d'un accompagnement et d'une surveillance étroite (monitoring) des effets et des éventuels effets secondaires. Une prise en charge de manière automatique sans une évaluation minutieuse du rapport bénéfices-risques au cas par cas est donc, du point de vue éthique, tout aussi inacceptable que le refus d'un traitement médicalement indiqué et souhaité par une personne capable de discernement. Il est crucial que les personnes concernées reçoivent toutes les informations nécessaires sur les risques et les effets secondaires possibles, qu'un monitoring rigoureux et des mesures d'accompagnement visant à réduire les dommages (par exemple, pour améliorer la densité osseuse) soient mis en place, et que les effets du traitement soient régulièrement évalués conjointement avec les personnes concernées.

De plus, du point de vue du principe de non-malfaisance, il convient d'accorder une grande importance à la préservation de la fertilité. Les personnes concernées doivent être pleinement informées des possibilités et des limites de la préservation de la fertilité avant le début d'une hormonothérapie. La recherche de méthodes fiables permettant la préservation de la fertilité, même lorsque les cellules germinales ne sont pas encore complètement matures est souhaitable.

Enfin, malgré les nombreuses controverses, il ne faut pas négliger le fait que la satisfaction subjective des personnes concernées à l'égard des traitements est, selon toutes les études, très élevée et que la proportion de personnes qui regrettent une intervention est très faible[44]. Ces résultats concernent principalement des personnes adultes ayant terminé leur traitement d'affirmation de genre, mais sont pertinents de manière prospective pour les décisions de traitement des personnes mineures. Des études supplémentaires sont toutefois nécessaires pour mieux évaluer l'évolution de la satisfaction à long terme.

3.3 Bienfaisance

Selon l'article 11 de la Constitution fédérale suisse (Cst., RS101), « les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité et à l'encouragement de leur développement. » Ce besoin découle du fait que les personnes mineures ne sont souvent pas encore en mesure d'exercer leurs droits de la même manière que les personnes adultes et qu'elles se trouvent dans un rapport de dépendance par rapport à ces dernières. Les personnes mineures ne peuvent exercer leurs droits qu'avec l'aide de personnes « alliées » jusqu'à ce qu'elles soient capables de discernement (cf. ASSM 2016, p. 31). Elles sont tributaires du soutien de leurs parents ou des personnes ayant l'autorité parentale pour défendre leurs intérêts. L'accès même aux services médicaux dépend souvent, dans la pratique, du soutien des personnes ayant l'autorité parentale, en particulier pour les plus jeunes. Par ailleurs, pour une personne mineure présentant une incongruence de genre, faire son coming-out comprend en général la mise à l'épreuve de sa relation avec ses principales figures d'attachement (cf.

44 Pour tous les traitements effectués aux Pays-Bas entre 1972 et 2015 pour lesquels des données sur le « regret » sont disponibles (n=2627), 14 personnes ont indiqué regretter les mesures d'affirmation de genre (11 femmes trans (0,6 %) et 3 hommes trans (0,3 %)). Dans cinq cas, la raison invoquée était le manque d'acceptation sociale, dans deux cas une identité non binaire et dans sept cas un « vrai regret » (*true regret*), c'est-à-dire une erreur concernant l'identification comme personne trans. A l'exception d'un cas, il s'agit de traitements qui ont eu lieu avant l'an 2000 (Wiepjes et al. 2018).

Grossman et al. 2021). Cela distingue fondamentalement le traitement médical d'une dysphorie de genre des traitements fondés sur d'autres diagnostics. Une telle révélation peut, surtout si les autres membres de la famille ne s'y attendaient pas, provoquer des bouleversements majeurs dans la dynamique familiale qui peuvent affecter profondément et durablement le bien-être de la personne mineure (Campbell et al. 2023). Alors que les personnes concernées ont souvent déjà longuement réfléchi à leur identité de genre, beaucoup de leur proches ne s'étaient jamais posé de question. Ils ont besoin de temps et, idéalement, d'un soutien professionnel pour appréhender la nouvelle. Par ailleurs, il a été démontré que le bien-être de l'enfant dans cette situation dépend fortement de la qualité de ses relations avec ses proches et du soutien ainsi que de l'acceptation qu'il reçoit de son entourage[45]. Étant donné que l'identité de genre est intimement liée à la personnalité et qu'elle est vécue comme telle, une réaction de rejet de la part des personnes de référence a un impact particulièrement lourd. Aussi les personnes mineures concernées se retrouvent-elles dans une situation qui les rend particulièrement vulnérables et qui se traduit dans de nombreux cas par une charge psychologique accrue ou un retrait social (voir Campbell et al. 2023 ; Medico et al. 2020).

Les personnes mineures présentant une dysphorie de genre se trouvent également dans une position particulièrement vulnérable hors de leur sphère privée. Leur identité, leur souffrance et leurs décisions font quotidiennement l'objet de débats publics, provenant souvent de personnes qui ne disposent, ni de compétences dans ce domaine, ni d'une expérience personnelle pertinente. Le climat social ainsi généré est en flagrante contradiction avec le droit particulier à la protection qui revient aux enfants et aux jeunes en raison de leur position particulièrement vulnérable. Outre l'entourage social immédiat, il est important que la société dans son ensemble, dans une optique de sollicitude et de bienfaisance, veille à ne pas aggraver la souffrance des personnes mineures dysphoriques en les soumettant à une pression à se conformer basée sur des stéréotypes de genre, en les dévalorisant ou en les excluant socialement, ou encore en alimentant les scandales médiatiques et la stigmatisation.

L'insistance sur la vulnérabilité particulière des enfants et des jeunes n'apporte cependant pas de réponse directe à la question des mesures thérapeutiques concrètes appropriées qui ne peuvent être déterminées qu'au cas par cas. Toutefois, il est possible d'en tirer des conclusions quant à la marche à suivre et à la responsabilité des personnes de référence, du personnel de santé et de la société dans son ensemble. Ni une approche purement paternaliste, qui n'inclut pas les personnes mineures concernées et leurs expériences à la décision de traitement, ni une attitude négligente qui laisse les personnes concernées seules avec leur souffrance ne fait justice à la responsabilité particulière qui existe envers les enfants et les jeunes. Dans cette période difficile, des relations solides et basées sur la confiance sont d'une importance capitale. Par conséquent, il est primordial que les relations soient maintenues et nourries, tant dans le cadre familial que thérapeutique. Le besoin particulier de protection des enfants et des jeunes est encore augmenté du fait qu'ils souffrent parfois beaucoup et qu'ils doivent souvent se confronter à leur entourage pendant leur transition, qui est un processus à la fois très personnel et compliqué. Pour cette raison, l'accompagnement et le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre devraient intégrer systématiquement leur environnement social et familial (voir chapitre 2.2.1). La protection contre la discrimination et la stigmatisation par l'entourage ainsi que la préservation de la sphère privée doivent rester des priorités absolues tout au long du processus thérapeutique (voir Garcia Nuñez et al. 2024 ; Turban et al. 2021).

3.4 Justice

Le principe bioéthique de justice exige une répartition équitable des bénéfices et des charges dans le

45 « Étant donné que le soutien familial est généralement considéré comme ayant un rôle protecteur dans la vie des jeunes, les parents de jeunes personnes transgenres peuvent avoir l'opportunité cruciale de compenser l'impact sur la santé mentale du harcèlement et de la discrimination que leurs enfants reçoivent de la société » (notre traduction) (Simons et al. 2013, p. 793). Voir aussi Campbell et al. (2023)

domaine de la santé (Beauchamp & Childress, 2019). Cela implique notamment que les ressources soient distribuées de manière équitable au sein du système de santé[46], que l'accès à ce système soit garanti pour tout le monde et qu'il soit exempt de discrimination. L'interdiction de la discrimination est inscrite dans diverses conventions internationales ainsi que dans la Constitution fédérale (art. 8 Cst.)[47]. L'État a donc l'obligation de supprimer les obstacles structurels et financiers qui empêchent un accès égal pour tout le monde au système de santé. Il doit également veiller, en collaboration avec le personnel de santé, à ce que les décisions concernant le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre soient prises dans le respect de leurs droits et de leur dignité.

Les obstacles structurels et financiers sont cependant largement répandus en pratique. Étant donné que le traitement des personnes présentant une dysphorie de genre concerne différentes spécialités médicales (pédopsychiatrie, pédiatrie, gynécologie/urologie, endocrinologie, éventuellement chirurgie, etc.), une approche multidisciplinaire est essentielle pour garantir une prise en charge médicale globale. Cela rend le suivi des personnes présentant une dysphorie de genre complexe. C'est pourquoi dans plusieurs pays, des centres de compétence ont été créés pour garantir un accompagnement global. Ceux-ci réunissent les différentes disciplines concernées sous un même toit ou bénéficient d'un réseau de spécialistes. Néanmoins, des sondages montrent que les obstacles à l'accès aux soins médicaux restent importants. Les raisons sont entre autres que les personnes concernées ont eu des expériences négatives dans le passé ou ont peur de subir une discrimination[48]. Une étude sur la santé des personnes LGBT en Suisse a révélé que 35,6 % des personnes trans ou non binaires interrogées avaient renoncé par le passé à des soins de santé par crainte d'être traitées de manière discriminante (Krüger et al., 2023). Ainsi, il est primordial que les spécialistes impliqués disposent d'une formation adéquate et d'une formation continue régulière ainsi que d'un nombre suffisant de personnes suivies pour garantir un accompagnement de haute qualité.

Pour les personnes mineures, le fait que l'accès aux soins dépende généralement des personnes titulaires de l'autorité parentale représente une difficulté supplémentaire. Cela signifie que les enfants et les jeunes ont principalement accès aux soins lorsque leurs personnes de référence reconnaissent leur souffrance et la prennent au sérieux. L'existence de points de contact facilement accessibles pour les personnes mineures peut contribuer à réduire ce problème. Cependant, il peut y avoir du « gatekeeping » même au sein du système de santé. Cela signifie qu'il peut y avoir un contrôle exercé par certaines personnes ou certains groupes sur l'accès aux informations ou aux ressources. En Suisse, par exemple, l'expertise d'une personne spécialisée en psychiatrie ou psychologie, qui va notamment évaluer la capacité de discernement de la personne concernée, est nécessaire. Bien que la nécessité d'une telle expertise soit justifiée du point de vue médical, il convient de s'assurer que

46 Comme il s'agit d'un groupe relativement restreint de personnes et que les coûts des thérapies se situent dans une fourchette financièrement supportable, la question de l'allocation équitable des soins de santé entre les différents groupes qui ont besoin de soin ne joue pas un rôle primordial.

47 Article 24 de la Convention des droits de l'enfant (CDE) : Cet article consacre le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible et à avoir accès à des services médicaux de qualité. Il impose aux États parties de garantir cet accès de manière non-discriminatoire, en particulier pour les soins de santé déjà disponibles.

Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) : Cet article prévoit le droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale possible, incluant un accès non-discriminatoire aux soins existants. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) a précisé que cela implique une obligation pour les États de garantir l'égalité d'accès aux soins de santé pour tout le monde, sans distinction de genre, et de prendre des mesures positives pour surmonter les obstacles à cet accès.

Article 8 de la Constitution fédérale suisse : Cet article protège le principe de non-discrimination, en interdisant toute discrimination notamment fondée sur le sexe, l'âge ou toute autre situation personnelle. Dans le contexte des soins de santé pour les personnes mineures présentant une dysphorie de genre, cet article impose aux autorités et aux prestataires de soins de garantir un accès équitable aux traitements, en évitant toute forme d'exclusion ou de différenciation injustifiée.

48 « La littérature mentionne les facteurs suivants comme ayant un effet restrictif sur l'accès des personnes trans aux soins médicaux : la discrimination dans le système de santé, le manque de connaissance du personnel spécialisé concernant les thèmes de santé spécifiques aux personnes trans, les expériences de soins médicaux passées négatives, mais aussi une couverture insuffisante des prestations nécessaires par la caisse d'assurance maladie, voire le refus de traitements ». (notre traduction) Krüger et al. (2023), p. 41.

cela n'entraîne pas de délais d'attente excessifs en pratique. De tels délais seraient problématiques, en particulier pour les jeunes dont la puberté progresse. Les nouvelles directives de l'AWMF recommandent d'ailleurs qu'en cas d'urgence, une priorisation permette de prendre en charge rapidement les jeunes présentant une incongruence de genre et un fort niveau de souffrance (cf. directives AWMF, p. 176).

Il y a également discrimination lorsque l'accès à un traitement médical est complètement refusé à certains groupes de personnes sans qu'il y ait une contre-indication médicale correspondante. Ainsi, l'exclusion systématique des personnes faisant l'objet d'un diagnostic psychiatrique ou d'un trouble du spectre de l'autisme pour le traitement médical de la dysphorie de genre est potentiellement discriminante, bien qu'un tel diagnostic puisse constituer une contre-indication dans certains cas particuliers. De même, un refus généralisé de traitement basé sur l'âge est inadmissible. Les critères déterminants sont plutôt l'indication médicale évaluée au cas par cas ainsi que la capacité de discernement et la volonté de la personne concernée. En principe, il est inacceptable des points de vue éthique et juridique de refuser un traitement faisant partie des prestations de base s'il est médicalement indiqué et souhaité par une personne capable de discernement. Le personnel de santé ne peut alors refuser un accompagnement au motif d'une objection de conscience seulement si l'accès au traitement est assuré ailleurs.

Les frais de traitement peuvent également constituer un obstacle à l'accès aux soins pour les personnes présentant une dysphorie de genre. En Suisse, les traitements médicalement indiqués pour une incongruence de genre sont pris en charge par l'Assurance obligatoire des soins (AOS). Cependant, en pratique, cela se révèle parfois compliqué, ce qui engendre une charge administrative supplémentaire pour les personnes concernées et les spécialistes impliqués. Les délais d'attente potentiellement longs peuvent également pousser les personnes à se tourner vers des cliniques privées, à condition qu'elles aient les moyens de financer les traitements elles-mêmes.

Les obstacles mentionnés ci-dessus entraînent des inégalités dans l'accès aux soins de santé à divers niveaux. Cela est problématique du point de vue de la justice si ces inégalités ne sont justifiées par des raisons légitimes, telles que des contre-indications claires.

Outre la garantie d'un accès équitable et non discriminatoire aux prestations médicales, le principe de justice exige que les intérêts légitimes de tiers soient pris en compte, ce qui comprend notamment les intérêts des personnes de référence. Même lorsqu'elles n'ont pas légalement le droit de (co-)décision, leurs questions, leurs craintes et leurs préoccupations doivent être prises en considération de manière appropriée. Ainsi, il est souhaitable que les proches aient accès à des offres d'information et de soutien adaptées et qu'ils soient, dans la mesure du possible, étroitement intégrés au processus de décision.

4. Résumé et recommandations

Les considérations précédentes montrent que la médecine joue un rôle important, mais néanmoins limité dans le traitement des personnes (mineures) présentant une dysphorie de genre. Si les dysphories corporelles* peuvent souvent être traitées efficacement par des moyens médicaux, le besoin d'une personne d'être reconnue comme appartenant au genre auquel elle s'identifie et acceptée comme telle ne peut être rempli (uniquement) par des interventions médicales. Les normes et attentes qui sont profondément ancrées dans la société quant à l'apparence et au comportement des personnes en fonction de leur genre sont également déterminantes. Par le passé, cela a conduit à ce que les traitements médicaux des personnes présentant une incongruence de genre visent principalement une transition médicale « parfaite », c'est-à-dire conforme aux stéréotypes de genre (Nieder et al. 2020 ; Brierley et al. 2024). Cet objectif répondait principalement aux besoins de la société et seulement indirectement, voire marginalement, à ceux des personnes concernées. Bien que les options thérapeutiques soient aujourd'hui plus diversifiées, la pression à la conformité de genre reste forte. Plus l'acceptation sociale d'une identité de genre individuelle repose sur la conformité aux codes de genres, plus la pression est grande pour les personnes concernées de recourir à des traitements modifiant le corps. Il en découle que la souffrance des personnes présentant une dysphorie de genre n'est pas seulement une souffrance liée à leur propre corps, mais également liée à un ordre social dans lequel l'attribution d'un genre repose principalement sur des caractéristiques physiques et dans lequel tout écart par rapport aux attentes qui en découlent est durement sanctionné (Miller & Grollman 2015). Ainsi, du point de vue éthique, non seulement la médecine et le cercle social immédiat des personnes concernées, mais également la société dans son ensemble sont appelés à remettre en question les conceptions établies des genres. Il faut veiller à ce que la souffrance des personnes présentant une dysphorie de genre ne soit aggravée ni par la dévalorisation ou l'exclusion sociales en raison de stéréotypes, ni par une pression excessive à la conformité, ni encore par une représentation publique stigmatisante et faite de scandales. C'est pourquoi selon la CNE il est urgent d'agir non seulement au niveau du suivi médical, des traitements et de la recherche, mais aussi au niveau des conditions sociales et culturelles.

1) Suivi médical et traitement

a) L'accès à un accompagnement interdisciplinaire de qualité doit être garanti

L'accès à un accompagnement médical complet, compétent et exempt de discrimination pour les personnes mineures présentant une incongruence ou une dysphorie de genre, ainsi que pour leurs proches, doit être garanti. Pour assurer un accompagnement de qualité en matière de conseils, de suivi et de traitements, il est essentiel que toutes les personnes professionnellement impliquées bénéficient d'une formation adéquate ainsi que d'une formation continue. De plus, il est indispensable que les spécialistes des différentes disciplines concernées collaborent étroitement (pédopsychiatrie, pédiatrie, endocrinologie, gynécologie, chirurgie, etc.). Les directives et recommandations actuelles des sociétés des différentes spécialités médicales doivent être prises en compte.

b) Les décisions thérapeutiques doivent être prises en fonction de l'indication médicale individuelle

Toutes les décisions concernant les traitements doivent être prises sur la base de l'indication individuelle et en prenant en compte la situation de vie spécifique de la personne concernée. L'exclusion des personnes ayant un diagnostic psychiatrique ou d'un trouble du spectre de l'autisme des traitements permettant des modifications corporelles est discriminatoire si le diagnostic ne constitue pas une contre-indication dans le cas particulier. Il est également inadmissible du point de vue éthique de refuser un

traitement médicalement indiqué et souhaité par une personne capable de discernement si ce traitement fait partie des prestations de base.

c) Pas de consentement par représentation légale pour les traitements dont les effets sont des modifications corporelles irréversibles

Les traitements modifiant le corps dont certaines conséquences sont irréversibles (tels que les hormonothérapies d'affirmation de genre et les interventions chirurgicales) ne sont autorisés que si la personne mineure est capable de discernement concernant l'intervention envisagée et qu'elle a donné son consentement éclairé. Étant donné le caractère strictement personnel de telles décisions, celles-ci ne peuvent pas être prises par une autre personne qui aurait la représentation légale au cas où la personne concernée n'aurait pas la capacité de discernement. Cela est valable pour les personnes mineures comme pour celles majeures. Si la personne concernée n'est pas encore capable de discernement, il faut lui proposer un accompagnement et un suivi psychosociaux permettant de renforcer son autodétermination concernant son identité de genre dans le but qu'elle atteigne la capacité de discernement. Pour les traitements dont les conséquences sont réversibles, une décision peut en principe être prise par une représentation légale, mais seulement jusqu'à ce que la personne mineure atteigne la capacité de discernement. Ainsi, le recours à des bloqueurs de puberté est envisageable même si la personne mineure n'est pas encore capable de discernement, à condition qu'il y ait une indication médicale, que la personne concernée en exprime le souhait et que les titulaires de l'autorité parentale donnent leur accord.

d) Le processus de prise de décision doit être ouvert et participatif (*Shared Decision Making*)

Si la personne mineure est capable de discernement, elle est seule habilitée à consentir ou à refuser des mesures médicales. Les parents n'ont aucun droit légal de codécision. Toutefois, dans la plupart des cas, il est judicieux d'un point de vue thérapeutique d'impliquer étroitement les titulaires de l'autorité parentale dans le processus décisionnel dans le but que la décision finale soit consensuelle. Il est essentiel que les différentes options d'action, médicales ou non, soient présentées, afin que ce processus de prise de décision soit ouvert. Les mesures proposées doivent être adaptées à la situation individuelle de la personne en demande d'aide et être choisies dans un processus participatif et de manière conjointe avec les spécialistes traitants (*Shared Decision Making*). Le droit des personnes concernées à participer à ce processus à la mesure de leurs capacités ne dépend ni de leur âge ni de leur capacité de discernement et est protégé par les droits humains.

e) Il faut éviter la pathologisation des personnes concernées

L'attribution d'un diagnostic entraîne inévitablement une certaine pathologisation des personnes concernées. Toutefois, étant donné le système de santé suisse, un diagnostic est nécessaire pour garantir l'accès aux services médicaux ainsi qu'une éventuelle prise en charge des coûts par les caisses d'assurance maladie. Bien qu'une consultation et un accompagnement psychiatriques puissent être utiles, imposer une psychothérapie comme condition préalable à un traitement médical somatique est inadmissible du point de vue éthique et n'a pas de sens du point de vue médical, à moins qu'il y ait une indication médicale psychiatrique. Dans la nouvelle classification des maladies CIM-11, l'incongruence de genre n'est d'ailleurs plus classée comme un trouble mental, ce qui constitue une étape importante vers la déstigmatisation.

Chez les enfants prépubères qui n'ont pas besoin d'interventions médicales outre un éventuel accompagnement psychosocial, l'utilité d'un diagnostic spécifique (CIM-11 : HA61) peut être remise en question et considérée comme une pathologisation inutile de la diversité de genre.

f) Le processus de décision devrait être si besoin soutenu par une consultation d'éthique clinique lorsque c'est possible

Les décisions concernant les traitements médicaux liés à la transition des personnes mineures sont généralement prises dans des centres cliniques. Beaucoup d'entre eux disposent de structures de conseil

en éthique clinique dont l'objectif est de soutenir les prises de décisions complexes du point de vue éthique. En cas de besoin, ces services devraient être utilisés, car ils apportent une perspective externe et une délibération éthique structurée qui permettent souvent que les positions de toutes les parties prenantes se rapprochent et qui favorisent une prise de décision responsable du point de vue éthique et réalisable sur le long terme.

2) Preuves scientifiques et recherche

a) Il faut identifier et combler les lacunes de la recherche existante

Les données actuelles concernant le traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre sont insuffisantes dans plusieurs domaines, en particulier, en ce qui concerne les éventuelles conséquences à long terme. Des études avec des méthodes plus robustes sont également nécessaires pour améliorer la qualité des données disponibles sur l'efficacité des différentes options de traitement, ce qui permettrait une meilleure évaluation individuelle des bénéfices et des risques. Cependant, les exigences en matière de qualité des données ne devraient pas être plus élevées que pour des interventions comparables, pour lesquelles des études randomisées en double aveugle ne sont pas non plus possibles ou justifiables.

Un aspect crucial pour la prise de décision en matière de traitement est de déterminer si les symptômes de dysphorie de genre apparaissant à l'adolescence sont susceptibles de persister à l'âge adulte ou s'ils ne sont que temporaires. Les futurs projets de recherche devraient donc se concentrer spécifiquement sur les questions particulièrement pertinentes pour la pratique clinique, telles que les prédicteurs d'une incongruence de genre persistante, les effets de l'hormonothérapie sur la fertilité et la santé osseuse, ainsi que les mesures visant à minimiser les risques.

b) Le principe de précaution ne justifie pas un renoncement systématique au traitement

Étant donné les conséquences irréversibles de l'hormonothérapie de réassignation de genre, il convient d'adopter une pratique prudente et surveiller attentivement les effets obtenus et les éventuels effets secondaires. Cependant, en l'absence de signalement de dommages graves à long terme jusqu'à présent inconnus et au vu des résultats prometteurs des pratiques actuelles sur la santé mentale des personnes concernées, il n'est pas justifié, au vu des données actuellement disponibles, de renoncer de manière générale à l'hormonothérapie d'affirmation de genre. La prescription d'un traitement repose sur l'indication individuelle qui doit comprendre une évaluation approfondie des bénéfices et des risques pour chaque cas particulier. Les nouvelles données scientifiques doivent être prises en compte de manière appropriée. En ce qui concerne l'information aux personnes concernées, il est également essentiel de communiquer de manière transparente sur les incertitudes existant encore quant à l'efficacité ou aux éventuels effets secondaires du traitement envisagé.

c) Il faut prendre en compte les facteurs sociaux dans les études sur l'efficacité d'un traitement

Il a été démontré que les chances de succès du traitement médical d'une personne mineure présentant une dysphorie de genre ne dépendent pas uniquement du protocole de traitement lui-même, mais également du soutien social dont bénéficie la personne en cours de traitement. Étant donné cette interaction étroite, les études sur l'efficacité des méthodes de traitement dans le contexte de la dysphorie de genre devraient prendre en compte de manière systématique dans leurs analyses les différences en matière de soutien social ainsi que les expériences de discrimination.

3) Contexte social

La question des causes et des conséquences psychologiques d'une incongruence de genre est complexe et ne peut être comprise et discutée qu'en tenant compte des normes sociales de conformité au genre en matière d'apparence et de comportement. Le poids de ces normes qui prennent la forme d'assignation de rôles et d'attentes en fonction du genre ne doit donc pas être négligé dans le débat sur le traitement médical des personnes mineures présentant

une dysphorie de genre. Le dépassement des stéréotypes et des rôles de genre définis de manière restrictive pourrait contribuer de manière déterminante à réduire la souffrance des personnes concernées. Dans ce contexte, il est particulièrement important de prendre en compte les aspects suivants :

a) Le genre doit être compris comme un spectre comprenant différentes dimensions

Une conception du genre strictement binaire conduit à une limitation injustifiée des options d'action et de traitement pour les personnes dont l'identité de genre n'est pas conforme. Une conception du genre plutôt comme un spectre reflète non seulement mieux la réalité ressentie par de nombreuses personnes, mais contribue également à réduire la pression de conformité ainsi que les risques qui en découlent pour la santé mentale des personnes qui ne satisfont pas aux attentes liées au genre exclusivement binaires.

b) La reconnaissance sociale d'une identité de genre spécifique ne devrait pas dépendre de traitements qui induisent des modifications corporelles

Plus la reconnaissance sociale de l'identité de genre d'une personne dépend de la conformité de son apparence aux normes de genre, plus la pression exercée sur les personnes concernées pour recourir à des traitements qui induisent des modifications corporelles est grande. Cela est problématique du point de vue éthique : ces personnes ne devraient pas être contraintes de subir des interventions qui modifient leur corps pour que leur personnalité soit reconnue et acceptée.

c) Les scandales autour de ce sujet nuisent aux personnes concernées et compromettent un suivi médical fondé sur les preuves

Les personnes mineures présentant une dysphorie de genre doivent non seulement surmonter les défis personnels liés à la construction de leur identité, mais elles se retrouvent également au cœur d'un débat public hautement polarisé. Leur identité, leur souffrance et leurs décisions personnelles font l'objet de discussions publiques quotidiennes – souvent nourries par des personnes qui ne disposent ni des compétences professionnelles nécessaires ni d'une expérience de vie pertinente. Le climat social ainsi généré contrevient de manière flagrante au besoin particulier de protection dont ces personnes vulnérables devraient bénéficier. Cela empêche également que le débat concernant les conditions sociétales et médicales nécessaires pour accompagner ces personnes et leur prodiguer des soins de manière optimale soit objectif et fondé sur des preuves.

5. Références

Anacker, C., Sydnor, E., Chen, B. K., LaGamma, C. C., McGowan, J. C., Mastrodonato, A., … & Denny, C. A. (2021). Behavioral and neurobiological effects of GnRH agonist treatment in mice—potential implications for puberty suppression in transgender individuals. *Neuropsychopharmacology*, 46(5), 882–890.

Arnoldussen, M., Hooijman, E. C., Kreukels, B. P., & de Vries, A. L. (2022). Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 27(4), 1069–1076.

Ashley, F. (2019). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 223–236.

AWMF (2018). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung, AWMF-Register-Nr. 138|001.

AWMF (n.d.). Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung, Sk2-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 028|014. A paraître.

AWMF (n.d.). S2k-Leitlinie Geschlechtsangleichende chirurgische Massnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie, AWMF-Register-Nr. 043|052. A paraître.

Ayhan, C. H. B., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61.

Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *The journal of sexual medicine*, 13(7), 1133–1141.

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC public health*, 15, 1–15.

Beauchamp, T., Childress, J. (2019). *Principles of biomedical ethics*. 8th Edition. Oxford University Press: Oxford.

Bergström, I., Freyschuss, B., Jacobsson, H., & Landgren, B. M. (2005). The effect of physical training on bone mineral density in women with endometriosis treated with GnRH analogs: a pilot study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 84(4), 380–383.

Bockting, W.O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: from gender dichotomy to gender identity. *Sexologies*, 17, 211–224.

Brierley, J., Larcher, V., Hadjipanayis, A. A., & Grossman, Z. (2024). European Academy of Paediatrics statement on the clinical management of children and adolescents with gender dysphoria. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1298884.

Brinkman, B. G., Rabenstein, K. L., Rosén, L. A., & Zimmerman, T. S. (2014). Children's gender identity development: The dynamic negotiation process between conformity and authenticity. *Youth & Society*, 46(6), 835–852.

Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Kim, E. A., ... & Manrique, O. J. (2021). Regret after gender-affirmation surgery: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3477.

Campbell, T., Mann, S., Rodgers, Y. V. D. M., & Tran, N. (2023). Family Matters: Gender Affirmation and the Mental Health of Transgender Youth. Available at SSRN 4503648.

Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., ... & Garofalo, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender health*, 5(4), 246–257.

Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209.

Ciancia, S., Dubois, V., & Cools, M. (2022). Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth. *Endocrine Connections*, 11(11).

Cohen-Kettenis, P.T. (2005). Gender identity disorders. In: Gillberg, C. (Ed.), *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 695–725.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, 23(sup1), S1–S259.

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (2020). L'enregistrement officiel du sexe. Considérations éthiques sur l'inscription du sexe dans le registre de l'état civil. Prise de position n° 36/2020, Bern.

CSDH (2020). Les droits de l'enfant en Suisse : Mise en œuvre du droit de participation inscrit à l'article 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant. Centre suisse de compétence pour les droits humains. URL: https://skmr.ch/publikationen-dokumentationen/studien-gutachten/kinderrechte-in-der-schweiz (20.06.2024).

Cuzzolin, L., Zaccaron, A., & Fanos, V. (2003). Unlicensed and off-label uses of drugs in paediatrics: a review of the literature. *Fundamental & clinical pharmacology*, 17(1)f, 125–131.

Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., & Meyer, C. (2014). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: A comparison of patients with matched controls. *The journal of sexual medicine*, 11(12), 2976–2985.

De Lara, D. L., Rodríguez, O. P., Flores, I. C., Masa, J. L. P., Campos-Muñoz, L., Hernández, M. C., & Amador, J. T. R. (2020). Psychosocial assessment in transgender adolescents. *Anales de Pediatría* (English Edition), 93(1), 41–48.

De Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704.

De Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 930–936.

DiDonato, M. D., & Berenbaum, S. A. (2013). Predictors and consequences of gender typicality: The mediating role of communality. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 429–436.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304.

Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116–123.

Egan, S. K., & Perry, D. G. (2001). Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental psychology*, 37(4), 451.

Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One*, 12(8), e0183014.

Feil, K. (2023). Fertilität, Kontrazeption und Fertilitätsprotektion bei Transpersonen. *Dtsch Arztebl Int*, 120, 243–50.

Fuss, J., Auer, M. K., & Briken, P. (2015). Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Current opinion in psychiatry*, 28(6), 430–434.

Garcia Nuñez, D., Frigerio, G., Perler, L. D., Jäggi, T., Schönbucher, V., & von Känel, R. (2024). Quality of life and associated factors in Swiss trans people: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1233625.

GATE (2013). Critique and Alternative Proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11. GATE Civil Society Expert Working Group, Buenos Aires, April 4–6.

Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2022). Association of gender-affirming hormone therapy with depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *Journal of adolescent health*, 70(4), 643–649.

Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2021). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality,* 68(8), 1260–1277.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903.

Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. *LGBT health*, 6(3), 95–100.

Howell, J. D., & Maguire, R. (2023). Factors associated with experiences of gender-affirming health care: A systematic review. *Transgender Health*, 8(1), 22–44.

Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255–273.

Jewell, J. A., & Brown, C. S. (2014). Relations among gender typicality, peer relations, and mental health during early adolescence. *Social Development*, 23(1), 137–156.

Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of sexual behavior*, 39, 1429–1437.

Kallitsounaki, A., Williams, D. M., & Lind, S. E. (2021). Links between autistic traits, feelings of gender dysphoria, and mentalising ability: replication and extension of previous findings from the general population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 1458–1465.

Kallitsounaki, A., & Williams, D. M. (2023). Autism spectrum disorder and gender dysphoria/incongruence. A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(8), 3103–3117.

Kimland, E., & Odlind, V. (2012). Off-label drug use in pediatric patients. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 91(5), 796–801.

Kornienko, O., Santos, C. E., Martin, C. L., & Granger, K. L. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental psychology*, 52(10), 1578.

Krüger, P., Pfister, A., Eder, M., & Mikolasek, M. (2023). *Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz. Nomos*.

Leibowitz, S., Green, J., Massey, R., Boleware, A. M., Ehrensaft, D., Francis, W., ... & WPATH, USPATH, and EPATH Executive Committee and Board of Directors. (2020). Statement in response to calls for banning evidence-based supportive health interventions for transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 111–112.

Lühnen, J., Albrecht, M., Hanßen, K., Hildebrandt, J., & Steckelberg, A. (2015). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation: Einblick in die Methodik der Entwicklung und Implementierung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(2), 159–165.

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D., & Lin, A. (2017). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(10), 816–826.

Medico, D., Pullen Sansfacon, A., Zufferey, A., Galantino, G., Bosom, M., & Suerich-Gulick, F. (2020). Pathways to gender affirmation in trans youth: A qualitative and participative study with youth and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1002–1014.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.

Michaud, L., Stiefel, F., Jox, R., J., Pamfile, D., Brovelli, S., Pécoud, P., Plessen, K., J., Harari, M., M. (2024), Transidentités : pertinence de l'implication des psychiatres, *Rev Med Suisse*, 20, no. 872, 894–898.

Miller, L. R. and Grollman, E. A. (2015), The Social Costs of Gender Nonconformity for Transgender Adults: *Implications for Discrimination and Health. Sociological Forum*, 30: 809–831.

Money, J. (1975). Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl. *Archives of sexual behavior*, 4(1), 65–71.

Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014.

Nieder, T. O., Elaut, E., Richards, C., & Dekker, A. (2016). Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking. *Int Rev Psychiatry*, 28(1), 103–11.

Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2661–2672.

Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: a prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 632–645.

Nieder, T. O., & Strauss, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und trans-gesundheit. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(02), 70–79.

Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 199–220.

Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(2), 171–176.

Olson, J., Schrager, S. M., Belzer, M., Simons, L. K., & Clark, L. F. (2015). Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *Journal of adolescent health*, 57(4), 374–380.

Panagiotakopoulos, L., Chulani, V., Koyama, A., Childress, K., Forcier, M., Grimsby, G., & Greenberg, K. (2020). The effect of early puberty suppression on treatment options and outcomes in transgender patients. *Nature Reviews Urology*, 17(11), 626–636.

Pauli, D. (2017). Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. *PSYCH up2date*, 11(06), 529–543.

Pauli, D. (2019). Nicht-binäre Geschlechtsorientierung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Herausforderung für die Betroffenen, das Umfeld und die Behandelnden. *Kinderanalyse*, 27(1), 53–64.

Pauli, D. (2023). *Die anderen Geschlechter: Nicht-Binarität und (ganz) trans* normale Sachen* (Vol. 6533). CH Beck.

Peitzmeier, S. M., Silberholz, J., Gardner, I. H., Weinand, J., & Acevedo, K. (2021). Time to first onset of chest binding–related symptoms in transgender youth. *Pediatrics*, 147(3).

Perry, D. G., Pauletti, R. E., & Cooper, P. J. (2019). Gender identity in childhood: A review of the literature. *International Journal of Behavioral Development*, 43(4), 289–304.

Peter, C. & Tuch, A. (2024). Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Pfister, A., & Mikolasek, M. (2019). *Suizidversuche von LGBT-Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Einschätzung der Machbarkeit einer qualitativen Untersuchung in der Schweiz.* Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Puckett, J. A., Tornello, S., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2022). Gender variations, generational effects, and mental health of transgender people in relation to timing and status of gender identity milestones. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(2), 165.

Ren, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., & Eisenberg, M. E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*, 141(3).

Ren, T., Galenchik-Chan, A., Erlichman, Z., & Krajewski, A. (2024). Prevalence of Regret in Gender-Affirming Surgery: A Systematic Review. *Annals of Plastic Surgery*, 92(5), 597–602.

Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth – a critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3–14.

Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20.

Roy, M., & Strate, P. (2023). Autism spectrum disorders in adulthood – symptoms, diagnosis, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(6), 87.

Ruble, D.N., Taylor, L.J., Cyphers, L., Greulich, F.K., Lurye, L.E. and Shrout, P.E. (2007). The Role of Gender Constancy in Early Gender Development. *Child Development*, 78, 1121–1136.

Rütsche, B. (2024). Zwischen Rationalität und Werturteil: Begriff und Methodik der Interessenabwägung. Schweizerischer Juristentag 2024, ZSR 143 II 5–99, S. 75 f.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016). Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber, Bericht zur Tagung vom 7. Juli 2016 des Veranstaltungszyklus «Autonomie in der Medizin». *Swiss Academies Communications*, 11 (12).

Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of adolescent health*, 53(6), 791–793.

Skordis, N., Kyriakou, A., Dror, S., Mushailov, A., & Nicolaides, N. C. (2020). Gender dysphoria in children and adolescents: an overview. *Hormones*, 19(3), 267–276.

Sotomo (2021). Geschlechtergerechter: Studie #1 Geschlecht und Identität.

Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E., ... & Bakker, J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: an fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 190–199.

Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, 64(2), 288–297.

Sun, C. F., Xie, H., Metsutnan, V., Draeger, J. H., Lin, Y., Hankey, M. S., & Kablinger, A. S. (2023). The mean age of gender dysphoria diagnosis is decreasing. *General psychiatry*, 36(3).

Surace, T., Fusar-Poli, L., Vozza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., ... & Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1147–1161.

Tate, C. C., Bettergarcia, J. N., & Brent, L. M. (2015). Re-assessing the role of gender-related cognitions for self-esteem: The importance of gender typicality for cisgender adults. *Sex Roles*, 72(5–6), 221–236.

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024a). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109, 33–47.

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024b). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109, 48–56.

Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA network open*, 5(2), e220978–e220978.

Trautner, H. M., Gervai, J., & Németh, R. (2003). Appearance-reality distinction and development of gender constancy understanding in children. *International Journal of Behavioral Development*, 27(3), 275–283.

Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 991–998.

Turner, D., Briken, P., & Nieder, T. O. (2020). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. *PSYCH up2date*, 14(04), 347–363.

Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. *Journal of sex & marital therapy*, 44(2), 138–148.

Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423.

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., ... & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 582–590.

Wiesemann, C. (2020). Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Medizinethische Grundsätze für individuelle Behandlungsentscheidungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(6), 517–523.

Yunger, J. L., Carver, P. R., & Perry, D. G. (2004). Does gender identity influence children's psychological well-being? *Developmental psychology*, 40(4), 572.

Zentner, M., & von Aufsess, C. (2020). Is being gender nonconforming distressing? It depends where you live: gender equality across 15 nations predicts how much gender nonconformity is related to self-esteem. *Psychological medicine*, 52(10), 1857–1865.

Zitelny, H., Dror, T., Altman, S., & Bar-Anan, Y. (2021). The relation between gender identity and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 48(4), 495–515.

Sources sur internet

PES (2020). Transgender Health – An Endocrine Society Position Statement. URL: https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health (16.08.2024).

WHO (2022). WHO/Europe brief – transgender health in the context of ICD-11. URL: https://who-sandbox.squiz.cloud/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/whoeurope-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11 (16.08.2024).

6. Glossaire

Caractères sexuels
Les caractères sexuels biologiques comprennent la dotation génétique en chromosomes sexuels (par exemple, XY, XX, XXY, X0), les organes sexuels primaires (par exemple, testicules, pénis, utérus, vagin), les caractères sexuels secondaires (par exemple, seins, pilosité faciale, pomme d'Adam) ainsi que le statut hormonal d'une personne.

cis, cisgenre
Les termes « cis » ou « cisgenre » désignent les personnes qui s'identifient au genre qui leur a été assigné à la naissance (contraire : transgenre).

« Coming-out »/« Outing »
Un « coming-out » (abrégé de « coming out of the closet ») désigne le moment où une personne non cisgenre ou non hétérosexuelle révèle pour la première fois son orientation sexuelle ou son identité de genre à son entourage ou au public. Avant le coming-out extérieur, il y a généralement un coming-out intérieur, où la personne prend conscience de son orientation sexuelle ou de son identité de genre, mais la garde d'abord pour elle. Le terme « outing » fait référence à une situation où des tiers révèlent l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne non cisgenre ou non hétérosexuelle sans son consentement.

Comportement conforme ou non conforme au genre
Un comportement est conforme par rapport au genre s'il correspond aux attentes sociales associées à un genre spécifique. Lorsqu'un comportement s'écarte de ces attentes, on parle de comportement non conforme au genre. Ce qui est considéré comme conforme ou non conforme varie culturellement et peut évoluer au fil du temps.

Dysphorie corporelle
Dans le contexte de la dysphorie de genre, la dysphorie corporelle désigne la souffrance pouvant résulter de l'incongruence ressentie entre les caractéristiques physiques et l'identité de genre telle qu'elle est ressentie subjectivement.

Dysphorie de genre
La dysphorie de genre désigne la souffrance pouvant être provoquée par l'incongruence entre le genre assigné à la naissance et l'identité de genre d'une personne. Cette souffrance peut venir à la fois des caractéristiques physiques, de la manière dont elle est perçue par d'autres et des attentes sociales d'un comportement conforme au genre assigné.

Expression de genre
Les vêtements, la coiffure, le maquillage, les expressions faciales, la gestuelle et les comportements sociaux sont souvent codifiés selon des catégories « typiquement féminines » et « typiquement masculines ». L'expression de genre décrit comment une personne se présente publiquement au sein de cette codification. L'expression de genre peut ou non correspondre à l'identité de genre d'une personne. Elle peut être constante ou variable, claire, ambiguë ou neutre du point de vue du genre.

«Gender variant»
Les personnes qualifiées de « gender variant » sont celles dont l'expression de genre et le comportement ne correspondent pas aux attentes sociales liées au genre qui leur a été attribué à la naissance. Ces personnes peuvent être trans, gender fluid ou non-binaires, mais aussi cisgenres. Le comportement « gender variant », à lui seul, n'est pas un indicateur fiable de transidentité (voir : expression de genre).

Genre assigné
Le genre assigné à une personne – généralement sur la base des caractères sexuels externes – au moment de sa naissance. Ce genre est inscrit sur l'acte de naissance et considéré comme le « sexe officiel ».

Identité de genre
L'identification subjective d'une personne à un genre donné (par exemple, masculin, féminin, non-binaire).

Incongruence de genre
Une incongruence de genre survient lorsque le genre assigné à la naissance ne correspond pas à l'identité de genre de la personne.

Non-binaire
Le terme « non-binaire » désigne les personnes qui ne s'identifient pas, pas exclusivement ou pas complètement, à l'une des deux catégories binaires de genre « masculin » ou « féminin ».

«Passing»
Le terme « passing », emprunté à l'anglais, désigne le fait qu'une personne est perçue par les autres comme appartenant au genre auquel elle s'identifie. Dans les catégories binaires, cela signifie qu'elle est reconnue comme une femme ou un homme et qu'on s'adresse à elle comme telle.

«Persister»/«Désister»
Les personnes qui *persistent* sont celles dont l'incongruence de genre perdure au-delà de l'enfance, c'est-à-dire à l'adolescence ou à l'âge adulte. À l'inverse, les personnes qui *désistent* sont celles chez qui l'incongruence de genre disparaît au cours de l'enfance ou à l'entrée dans la puberté.

Stades de Tanner
Les stades de Tanner décrivent le développement sexuel déclenché par la puberté en différents stades.
Le stade de Tanner 1 correspond au corps prépubère de l'enfant, tandis que le stade de Tanner 5 décrit le développement physique atteint lorsque la puberté est achevée.

trans, trans*, transgenre
Les termes « trans* » ou « transgenre » désignent les personnes qui ne s'identifient pas, ou pas entièrement, au genre qui leur a été assigné à la naissance. L'écriture trans* (avec astérisque) est utilisée pour souligner que les identités non binaires sont également incluses. Cependant, toutes les personnes non binaires ne se définissent pas comme trans* (contraire : cisgenre).

Transition
La transition désigne le passage d'un genre à un autre. On distingue la transition sociale (par exemple, changement de l'expression de genre, de prénom ou de mention du sexe à l'état civil) de la transition médicale (mesures induisant des modifications corporelles, comme la prise d'hormones ou des interventions chirurgicales).

transmasculin/transféminin
Le terme « transmasculin » qualifie les personnes trans qui s'identifient sur le spectre masculin. Le terme « transféminin » qualifie les personnes trans qui s'identifient sur le spectre féminin.

Typicité de genre
La typicité de genre désigne en psychologie la perception d'une personne d'être un membre plus ou moins typique de son genre assigné, en fonction du degré de similitude perçu entre ses compétences et ses intérêts et ceux de ses pairs du même genre assigné.

Ce document a été approuvé à l'unanimité par la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine le 7 novembre 2024.

Membres de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine :

Président
Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Vice-présidente
Prof. Dr. med. Samia Hurst-Majno

Membres
PD Dr. Iren Bischofberger, Prof. Dr. phil. Christine Clavien, Prof. Dr. iur. Stéphanie Dagron, Prof. Dr. med. Karin Fattinger, Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones, Prof. Dr. iur. Mélanie Levy, Dr. med. Roberto Malacrida, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. phil. Simone Romagnoli, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche

Graphisme et mise en page
Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Bern, www.terminal8.ch

Bureau
Dr. phil. Anna Zuber, Responsable du bureau
Dr. phil. Elodie Malbois, Collaboratrice scientifique

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine
CH-3003 Berne
Tel. +41 58 469 77 64
info@nek-cne.admin.ch
www.nek-cne.admin.ch

Cette prise de position est publiée en français, en allemand et en anglais. La version allemande est la version originale.

© 2024 Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, Berne. Reproduction autorisée avec mention de la source.

ANNEXE 2

SPHERA • ÉTUDE D'AVOCATES

unine
Université de Neuchâtel
Faculté de droit

Examen de la légalité et de la conformité au droit du projet de loi PL 13324 modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) relatif à l'« interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs » déposé devant le Grand Conseil de la République et canton de Genève le 9 mai 2023

Avis de droit réalisé sur mandat de l'association ÉPICÈNE, sis à Genève

rédigé par

Tiffaine Stegmüller (elle)
Dre iur., Avocate au Barreau et Associée fondatrice de Sphera - Etude d'avocates,
Chargée d'enseignement à la Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel et
Chargée de cours et Lectrice à la Faculté de droit de l'Université de Fribourg

cosigné par

Nesa Zimmermann (elle)
Dre iur., Professeure assistante et Titulaire de la Chaire de droit constitutionnel suisse et comparé
de la Faculté de droit
de l'Université de Neuchâtel

Novembre 2023



Sommaire

Sommaire 2
Table des matières 3
Table des abréviations 6
Préambule 11
I. Introduction 13
II. L'examen préalable du projet 32
III. La répartition des compétences en la matière et les devoirs de l'État 44
IV. L'autodétermination et la protection en matière médicale des mineur·x·e·s concerné·x·e·s 58
V. Les autres aspects importants du projet 100
VI. Conclusion 105
Bibliographie 109
Schémas 1



Table des matières

Sommaire 2
Table des matières 3
Table des abréviations 6
Préambule 11
I. Introduction 13
A. L'objet 13
B. Les délimitations 14
C. Le contexte actuel 17
D. L'exposé des motifs 19
E. Le résumé du présent avis de droit 20
II. L'examen préalable du projet 32
A. Le projet du point de vue systématique 32
1. L'intégration de la nouvelle disposition légale dans la loi 32
2. Le projet et les buts de la loi 34
3. Le projet et les autres dispositions légales de la loi 35
4. Le projet et la LED ainsi que la LED-Genre 38
B. La terminologie des dispositions légales du projet 38
1. La notion de réassignation sexuelle 38
2. Les notions d'intervention et de traitement 39
3. Les notions de promotion et de faciliter l'accès 40
4. La notion de sanctions 41
5. La notion de mineur·x·e·s 41
6. La notion de professionnel·x·le·s 42
7. La notion d'autorité de protection de l'enfant 43
III. La répartition des compétences en la matière et les devoirs de l'État 44
A. La répartition des compétences 44
1. Les règles générales en matière de droit de la santé 44
2. Les règles générales en matière civile 49
3. L'examen dans le cas concret 51
B. Les obligations générales de la République et du canton de Genève en matière de droits fondamentaux (bref rappel) 56
1. De par le droit fédéral 56
2. De par le droit cantonal 57
IV. L'autodétermination et la protection en matière médicale des mineur·x·e·s concerné·x·e·s 58
A. Les droits fondamentaux de l'enfant 58

1. Le droit à la sphère privée et l'identité de genre 58
2. La liberté personnelle ainsi que l'intégrité physique et psychique 60
3. Le principe de la primauté du bien de l'enfant 62
4. Le droit à un accès égal aux soins et l'interdiction de discrimination 64
5. Le droit à la liberté d'opinion, d'information et d'expression 66
6. La protection de la sphère privée par le biais du secret médical et du secret professionnel 68

B. La concrétisation des droits fondamentaux de l'enfant en droit civil 69
1. Le droit de consentir aux traitements 69
2. La capacité de discernement de l'enfant et son évaluation 70
3. Le droit d'être informé 75

C. Des personnes mineures capables de discernement 76
1. Du respect des droits strictement personnels 76
2. Du rôle des représentants légaux 79
3. Des conséquences du projet d'interdiction 80

D. Des personnes mineures incapables de discernement 80
1. De la décision des représentant·x·e·s légaux·ales 80
2. De la participation de l'enfant à la prise de décision 83
3. Des droits strictement personnels absolus non soumis à représentation 84
4. Des conséquences du projet d'interdiction 86

E. La violation des droits fondamentaux (analyse concrète du cas d'espèce) 87
1. Généralités 87
2. L'atteinte dans le cas concret 87
3. Les conditions de restriction 88
4. L'existence d'une base légale 88
5. L'existence d'un intérêt public prépondérant 89
6. Le respect du principe de la proportionnalité 91
7. Le respect du noyau dur 97
8. Le résultat de l'analyse de la violation 98
9. L'interdiction de discrimination et le droit à un accès égal aux soins 98

V. Les autres aspects importants du projet 100

A. Les droits et devoirs des professionnel·x·le·s 100
1. Du secret professionnel et médical ainsi que de fonction 100
2. Du devoir d'information, de recueillir le consentement et de diligence 101
3. De la liberté économique des professionnel·x·le·s 103

B. Le droit à la liberté des médias et de la presse 104

VI. Conclusion 105

Bibliographie.....109
Schémas.....1

Table des abréviations

AI	assurance-invalidité
al.	alinéa(s)
AMM	Association Médicale Mondiale
AOS	assurance obligatoire des soins
APEA	autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
art.	article(s)
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
ATF	Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral
ATSG	=LPGA
CC	Code civil suisse du 10 décembre 1907 (RS 210)
CDE	Convention du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant, entrée en vigueur pour la Suisse le 26 mars 1997 (RS 0.107)
CEDH	Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (RS 0.101)
CF	Conseil fédéral
Charte DF UE	Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne du 7 décembre 2000 (2000/C 364/1)
CIM-11	classification internationale des maladies de l'OMS, 11e éd. (https://icd.who.int/browse11/l-m/fr)
CM	Comité des Ministres du Conseil de l'Europe
CNE	Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine
CO	LF du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (Livre cinquième : Droit des obligations) (RS 220)
consid.	considérant(s)
Convention d'Oviédo	Convention du 4 avril 1997 pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (RS 0.810.2)
CourEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CP	Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (RS 311.0)
CSDH	Centre suisse de compétence pour les droits humains

Cst.	Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101)
Cst. GE	Constitution de la République et canton de Genève du 14 octobre 2012 (Cst-GE) (RS/GE A 2 00)
Déclaration universelle	Déclaration universelle du 19 octobre 2005 sur la bioéthique et les droits de l'homme par la 33e session de la Conférence générale de l'UNESCO
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e édition)
et al.	et alii (et d'autres)
FamPra.ch	La pratique du droit de la famille
JdT	Journal des Tribunaux
LaCC	Loi cantonale genevoise du 11 octobre 2012 sur l'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile (RS/GE E 1 05)
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LComPS	Loi cantonale genevoise du 7 avril 2006 sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (LComPS) (RS/GE k 3 03)
LED	Loi générale cantonale genevoise du 23 mars 2023 sur l'égalité et la lutte contre les discriminations (LED) (RS/GE A 2 90)
LED-Genre	Loi cantonale du 23 mars 2023 sur l'égalité et la lutte contre les discriminations liées au sexe et au genre (LED-Genre) (RS/GE A 2 91)
LEDP GE	Loi cantonale genevoise du 15 octobre 1982 sur l'exercice des droits politiques (RS/GE A 5 05)
let.	lettre
LF	loi fédérale
LFPP GE	Loi cantonale genevoise du 8 décembre 1956 sur la forme, la publication et la promulgation des actes officiels (RS/GE B 2 05)
LMT	Liste des médicaments avec tarif (édition du 1er mai 2023)

LOJ GE	Loi cantonale genevoise du 26 septembre 2010 sur l'organisation judiciaire (RS/GE E 2 05)
LPA GE	Loi cantonale genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (RS/GE E 5 10)
LPGA	LF du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)
LPMéd	LF du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (RS 811.11)
LPSan	LF du 30 septembre 2018 sur les professions de la santé (RS 811.21)
LPsy	LF du 18 mars 2011 sur les professions relevant du domaine de la psychologie (RS 935.81)
LPTh	LF du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (RS 812.21)
LRGC	Loi cantonale genevoise du 13 septembre 1985 portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève (RS/GE B 1 01)
LRH	LF du 30 septembre 2011 relative à la recherche sur l'être humain (RS 810.30)
LS (GE)	Loi cantonale genevoise du 7 avril 2006 sur la santé (RS/GE K 1 03)
LSterilisation	LF du 17 décembre 2004 sur les conditions et la procédure régissant la stérilisation de personnes (RS 211.111.1)
LTF	LF du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (RS 173.110)
Ltransplantation	LF du 8 octobre 2004 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (RS 810.21)
n	nouvelle
n^o(s)	numéro(s)
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OClin	Ordonnance du 20 septembre 2013 sur les essais cliniques hors essais cliniques de dispositifs médicaux (RS 810.305)
OEC	Ordonnance du 28 avril 2004 sur l'état civil (RS 211.112.2)
OFSP	Office fédéral de la santé publique



OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPAS	Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (RS 832.112.31)
ORH	Ordonnance du 20 septembre 2013 relative à la recherche sur l'être humain à l'exception des essais cliniques (RS 810.301)
p.	page(s)
Pacte ONU II	Pacte international du 16 décembre 1966 relatif aux droits civils et politiques (RS 0.103.2)
par.	paragraphe(s)
Pflegerecht	Pflege in Politik, Wissenschaft und Ökonomie
PJA	Pratique juridique actuelle
PL	projet de loi
pp.	pages
Principes de Jogjakarta	Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (disponible sur : https://www.amnesty.ch/fr/themes/autres/identite-de-genre-et-orientation-sexuelle/principes-jogjakarta/Yogyakarta_principles_fr.pdf)
projet PL 13324	projet PL1 3324 modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) relatif à l'« interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs » déposé devant le Grand Conseil de la République et canton de Genève le 9 mai 2023 et dont les signataires sont Lionel Dugerdil, Guy Mettan, Virna Conti, Florian Dugerdil, Patrick Lussi, Charles Poncet, Marc Falquet et Michael Andersen
projet PL 13333	projet PL 13333 abrogeant la loi 12843 sur l'égalité et la lutte contre les discriminations liées au sexe et au genre (LED-Genre) (A 2 91) « Appuyez-vous sur les principes, ils finiront bien par céder » déposé devant le Grand Conseil de la République et canton de Genève le 5 juin 2023 et dont les signataires sont Yves Nidegger, Stéphane Florey, Guy Mettant, Charles Poncet, Michael Andersen et Patrick Lussi.

projet PL 13334	projet PL 13334 abrogeant la loi générale 13279 sur l'égalité et la lutte contre les discriminations (LED) (A 2 90) « Tous les animaux sont égaux, mais certains sont plus égaux que d'autres » déposé devant le Grand Conseil de la République et canton de Genève le 5 juin 2023 et dont les signataires sont Yves Nidegger, André Pfeffer, Stéphane Florey, Patrick Lussi, Guy Mettant et Michael Andersen.
RDAF	Revue de droit administratif et de droit fiscal
REJ GE	Loi cantonale genevoise du 9 juin 2021 sur le règlement d'application de la loi sur l'enfance et la jeunesse (RS/GE J 6 01.01)
req.	requête
rés.	résumé
Rev Med Suisse	Revue officielle de la Société médicale de la Suisse romande et de la Société suisse de médecine interne (Revue Médicale Suisse)
RS	Recueil systématique du droit fédéral
RS/GE	Recueil systématique genevois
s.	et suivant(e)
SJ	La Semaine judiciaire
SPMi	Service en charge de la protection des mineurs
ss	et suivant(e)s
SSCH	Santé sexuelle suisse
trad.	traduction
UE	Union européenne
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
WPATH	Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres



Préambule

Le présent avis de droit est rédigé à la demande de l'association ÉPICÈNE sis à Genève.

Dite association a mandaté les soussignées[1] afin qu'elles se prononcent sur le projet PL 13324 modifiant la loi cantonale genevoise du 1er juillet 2003 sur la santé (RS/GE K 1 03) relatif à l'« interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs » déposé devant le Grand Conseil de la République et canton de Genève le 9 mai 2023 et dont les signataires sont Lionel Dugerdil, Guy Mettan, Virna Conti, Florian Dugerdil, Patrick Lussi, Charles Poncet, Marc Falquet et Michael Andersen (ci-après : projet PL 13324).

La première soussignée (elle) est Docteure en droit, Avocate au barreau et Associée fondatrice de Sphera - Etude d'avocates Sàrl. En parallèle, elle est également Chargée d'enseignement à la Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel et Chargée de cours ainsi que Lectrice à la Faculté de droit de l'Université de Fribourg. Elle est en outre avocate de confiance pour l'association ÉPICÈNE.

La seconde soussignée (elle) est Docteure en droit, et est Professeure assistante de droit constitutionnel suisse et droit comparé à la Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel.

Les soussignées attestent n'avoir aucun conflit d'intérêts dans le cadre de la rédaction et de la signature du présent avis de droit. Elles font preuve d'indépendance dans la rédaction de ce document. Elles adoptent une posture de chercheuses avec la neutralité qui en découle. Cependant, là où elles l'estimeront nécessaire, elles prendront position. Les auteures du présent document sont seules responsables de

[1] Les soussignées remercient Mme Lydie Restauri, MLaw, assistante juridique au sein de Sphera – Etude d'avocates, pour son aide à la recherche et à la révision de l'appareil critique du présent document ainsi que Me Clémence Gay, Dre iur. et Avocate-stagiaire au sein de Sphera – Etude d'avocates et Me Magali Baer, Avocate au barreau au sein de Hartmann Dreyer et Assistante-doctorante de la Chaire de droit constitutionnel suisse et comparé de la Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel pour leurs quelques recherches dans le cadre de la rédaction du présent avis de droit.

son contenu ; les opinions exprimées dans le présent document lient uniquement celles-ci.

Les soussignées autorisent la production du présent avis de droit devant la Commission des droits de l'homme, et de toute autre Commission chargée de l'examen du PL 13324. Elles autorisent également et, au besoin, la production de dit avis de droit devant le Grand Conseil directement.

I. Introduction

A. L'objet

Le présent avis de droit a principalement pour objet la question de la légalité et de la conformité au droit du projet PL 13324.

Les dispositions légales de ce projet sont les suivantes :

Art. 1 Modification
La loi sur la santé, du 7 avril 2006, est modifiée comme suit :

Art. 67A Interdiction des interventions de réassignation sexuelle sur des personnes mineures (nouveau)
[1] Les interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs sont interdites.
[2] Sont également interdits la promotion de telles pratiques auprès des mineurs ou le fait de leur en faciliter l'accès.
[3] Les professionnels de la santé qui ont prescrit ou administré un traitement, de même que réalisé des interventions dans un but de réassignation sexuelle d'un mineur sont sanctionnés.
[4] Les professionnels œuvrant, notamment, dans le domaine de l'éducation, de la santé, du social, du sport ou des activités de jeunesse, qui constatent qu'une personne mineure subit des pratiques visées à l'alinéa 1, avisent l'autorité de protection de l'enfant.

Art. 2 Entrée en vigueur
La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa promulgation dans la Feuille d'avis officielle.

Le projet comprend également l'exposé des motifs, lequel n'est pas reproduit ici mais est disponible en ligne : https://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL13324.pdf. Le Grand Conseil genevois a accepté d'entrer en matière sur ce projet et l'a transmis pour traitement à sa Commission des droits de l'Homme[2]. Sur demande de plusieurs associations, notamment ÉPICÈNE, mandante des soussignées, la Commission des droits de l'Homme a entendu et va entendre, conformément à l'art. 192 LRGC,

[2] Procès-verbal de la session du Grand Conseil des 22 et 23 juin 2023, par. 258, p. 61 (https://ge.ch/grandconseil/data/pv/2023_PVJANVIERDECEMBRE.pdf).



certaines associations et en particulier l'association ÉPICÈNE. Ainsi, le 19 octobre 2023, l'association ÉPICÈNE a été entendue par la Commission des droits de l'Homme et la première soussignée s'est exprimée sur les éléments légaux du PL 13324[3] en présentant brièvement les principaux aspects du présent avis de droit et en répondant aux questions des membres de dite Commission.

Le présent avis de droit proposera d'abord un examen préalable du projet (*infra* II). Il traitera ensuite de la question de savoir dans quelle mesure un canton a la compétence d'adopter un tel projet (*infra* III). Puis, la recherche sera focalisée sur l'autodétermination en matière médicale des mineur·x·e·s concerné·x·e·s dans le but de vérifier s'il est possible d'interdire les interventions de réassignation sexuelle à tous les mineur·x·e·s sans distinction et de prévoir les autres conséquences légales voulues par le PL 13324 (*infra* IV). Enfin, d'autres aspects importants du projet seront encore traités (*infra* V).

B. Les délimitations

Le projet PL 13324 a essentiellement pour objectif de modifier la loi cantonale genevoise du 1er juillet 2003 sur la santé (RS/GE K 1 03 ; ci-après LS) en introduisant un nouvel art. 67A nLS dont la note marginale est « interdiction des interventions de réassignation sexuelle sur des personnes mineures ».

D'emblée, il faut constater que la disposition légale concerne uniquement les mineur·x·e·s, à savoir les personnes de moins de 18 ans (art. 14 CC *a contrario*). Elle ne traite ainsi pas des majeur·x·e·s, qu'ils/elles soient capables ou incapables de discernement (au sens de l'art. 16 CC). Nous nous limiterons ainsi, ci-après, à l'examen en relation avec le groupe de personnes concernées, soit celui constitué des mineur·x·e·s, lesquels n'ont pas l'exercice des droits civils (art. 17 CC).

Ensuite, le projet PL 13324 est relatif essentiellement aux personnes mineures éventuellement concernées par l'administration de traitement(s) et/ou intervention(s) de réassignation sexuelle (en particulier art. 67A al. 1 nLS du PL 13324). Les

[3] On relève que l'association ÉPICÈNE a également été entendue sur d'autres aspects scientifiques (hors du domaine légal).

mineur·x·e·s potentiellement concerné·x·e·s sont en premier lieu les personnes transgenres (trans*) qui souffrent d'incongruence de genre.

L'incongruence de genre, précédemment appelée trouble de l'identité de genre puis dysphorie de genre[4], correspond au ressenti, marqué et persistant d'une personne, d'incompatibilité entre l'identité de genre et le genre que l'on attend d'elle en fonction de son sexe de naissance[5]. L'identité de genre est définie en droit international comme faisant référence à « l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres) et d'autres expressions du genre, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire » (notamment : Principes de Jogjakarta, préambule). Le Conseil fédéral a, quant à lui, retenu que « par personnes transgenres, l'on entend les personnes qui ont une identité de genre différente du genre qui leur a été attribué à la naissance »[6]. Il est par ailleurs précisé que « [l]'identité de genre étant un ressenti, seule la personne concernée y a accès et peut la définir »[7]. Les personnes transgenres revendiquent la possibilité de s'épanouir dans leur identité de genre, que celle-ci nécessite selon elles une opération ou non. Sur le plan biologique, le « sexe » d'une personne transgenres est déterminé à la naissance de manière univoque mais la personne peut choisir de subir une réassignation sexuelle médicale[8] si elle ne s'identifie pas au « sexe » qui lui a été attribué à la naissance. Au surplus, nous soulignerons que la question de l'identité de genre n'a aucun rapport avec celles de l'orientation sexuelle ou affective et de la sexualité[9].

Les mineur·x·e·s potentiellement concerné·x·e·s sont en second lieu les personnes intersexes qui présentent des variations du développement sexuel. « L'intersexuation désigne l'état médical d'une personne dont les caractéristiques physiques à la

[4] Pour le détail quant à la terminologie, notamment : MAVROMATI, p. 24.
[5] CIM-11, HA60 ; BROWN, p. « https://www.msdmanuals.com/fr/professional/SearchResults?query=incongruence » ; BERTHOLET / SHEYBANI, p. 203 ;
[6] Message révision CC, p. 786 ; Rapport explicatif 2018, p. 8. Voir également : Commissaire discrimination, p. 142 s.
[7] WAHLEN et al., p. 789.
[8] BALZARETTI, p. 141.
[9] Il est ainsi regrettable et faux de retrouver dans l'exposé des motifs les termes suivants : « l'affirmation d'une sexualité non-binaire ».

naissance ne permettent pas de l'attribuer clairement à l'un des deux sexes » biologiques[10]. Jusqu'à récemment, les personnes intersexes faisaient face à des opérations médicales à la naissance en l'absence de leur consentement et en violation de leur intégrité afin de leur assigner un sexe[11]. Dans le canton de Genève, les personnes intersexes mineures incapables de discernement sont désormais protégées par l'art. 48A LS qui prévoit qu'aucune opération visant à assigner un sexe à ces personnes ne peut être pratiquées, « sauf en cas de problème de santé avéré » (nous citons la loi). Un enfant intersexe ayant subi une opération d'assignation sexuelle à la naissance, respectivement aucune opération conformément à l'art. 48A LS, peut souhaiter, lorsqu'il est capable de discernement, bénéficier d'une opération de réassignation sexuelle, respectivement d'assignation sexuelle.

L'exposé des motifs n'évoque pas la situation des personnes intersexes. Cela étant, dès lors qu'elles pourraient être concernées par le PL 13324 qui vise une interdiction généralisée, dans le présent avis de droit, il sera tenu compte tant des personnes transgenres que des personnes intersexes.

Par ailleurs, outre les personnes mineures transgenres et intersexes, le projet PL 13324 concerne d'autres personnes, à savoir « les professionnels de la santé » (art. 67A al. 3 nLS du PL 13324) et « les professionnels œuvrant, notamment, dans le domaine de l'éducation, de la santé, du social, du sport ou des activités jeunesse » (art. 67A al. 4 nLS du PL 13324). Nous reviendrons sur la compréhension de cette terminologie (notamment *infra* II/B/6). Cela étant, au titre de délimitation et afin de limiter l'ampleur du présent travail, il est précisé ici que l'avis de droit se concentrera essentiellement sur l'examen de la légalité et de la conformité au droit du PL 13324 en relation avec les droits des personnes mineures. Nous mentionnerons, sans toutefois analyser intégralement, les droits et les potentielles atteintes à ces droits des professionnels susmentionnés (en particulier, *infra* V/A). Il en ira en outre de même s'agissant des personnes potentiellement concernées, notamment les médias ou la

[10] BALZARETTI, p. 136; BERTHOLET / SHEYBANI, p. 203. Voir également: ; Message révision CC, p. 783 ss ; CNE intersexualité, p. 7 ; arrêt CourEDH *Y c. France* du 31 janvier 2023 req. 76888/17 par. 4 ss ; SHAHA, p. 130 ss. L'on précisera encore qu'aucune norme légale ne définit la notion de sexe (BÜCHLER / COTTIER, *Intersexualität*, p. 115).

[11] Interpellation 17.4183 du 14 décembre 2017 « Personnes intersexuées. Mise en oeuvre de la protection des enfants, statistiques et information auprès du corps médical et des parents » ; CNE intersexualité, pp. 5 et 8 ss; BALZARETTI, p. 141.

presse, par la promotion des pratiques au sens de l'art. 67A al. 2 nLS du PL 13324 (*infra* V/B).

En ce qui concerne les représentant·x·e·s légaux·ales des enfants concernés, à savoir généralement les parents, il ne sera pas fait directement référence à eux dans l'examen du PL 13324. Cela étant, leur situation sera indirectement traitée à travers l'examen du cadre légal en matière d'autodétermination en matière médicale des mineur·x·e·s concerné·x·e·s (*infra* IV). Nous mentionnerons, sans traiter dans le détail, leurs droits et leur éventuelle violation.

Enfin, le projet PL 13324 est un projet de loi cantonal genevois. Dit projet sera examiné tant en relation avec le droit international supérieur que le droit fédéral. S'agissant du droit cantonal, l'avis de droit sera axé sur le droit cantonal genevois, à l'exclusion des autres droits cantonaux.

Au titre de délimitation, il est encore précisé que puisque le présent document est un avis de droit, il se limitera au droit, en se basant essentiellement sur des sources de droit (travaux préparatoires, jurisprudence, doctrine), quand bien même la problématique revête nécessairement une approche interdisciplinaire[12]. En outre, le présent avis de droit ne traitera pas des situations de recherches sur l'être humain (au sens de la LRH et de l'ORH) ou des essais cliniques (au sens de la LPTh et de l'OClin) ainsi que les essais thérapeutiques[13], ces situations n'étant pas comprises dans le projet PL 13324.

C. Le contexte actuel

Au cours des dernières années, le droit suisse et international a connu plusieurs avancées - partielles certes - concernant les personnes intersexes[14] et transgenres, avec une approche transaffirmative, comprise comme « orientée vers la

[12] Cela étant, nous renvoyons aux documents et travaux scientifiques rendus par d'autres chercheur·x·e·s dans l'examen du PL 13324, en particulier à la contribution scientifique intitulée « *Rapport sur les soins d'affirmation de genre chez les jeunes transgenres* » du Dr méd Guillaume HAARMAN.
[13] Pour une définition : THOMMEN, p. 35 ss.
[14] Voir not. : RECHER / SPRECHER, pp. 45 ss; SHAHA, p. 130 ss.

compréhension, la reconnaissance et le soutien de l'expérience du genre vécue par chaque personne (notamment l'utilisation du prénom choisi et des pronoms correspondants) »[15].

Sans revenir sur chacune des modifications du droit, il est important de rappeler la modification, au niveau fédéral, de la réglementation en matière de changements de prénom (art. 30*b* al. 2 CC) et de sexe à l'état civil par simple déclaration (art. 30*b* al. 1 CC en vigueur depuis le 1er janvier 2022 et 14*b* OEC)[16].

Dans ce cadre, le législateur a tenu compte des personnes mineures[17]. Au sens de l'art. 30*b* al. 4 ch. 1 CC *a contrario*, les personnes mineures de 16 ans et plus, capables de discernement (dont le contrôle revient à l'autorité de l'état civil [art. 16 al. 1 let. b OEC]), peuvent librement se déterminer, changer de sexe à l'état civil et changer de prénom. Il leur suffit de déclarer leur intime et constante conviction de ne pas appartenir au sexe inscrit à l'état civil. Il n'y a pas d'autres exigences.

L'art. 30*b* al. 4 ch. 1 CC prévoit en outre que le consentement du/de la représentant·x·e légal·x·e est nécessaire : si la personne qui fait la déclaration est âgée de moins de 16 ans révolus. Si le Conseil fédéral a admis que la déclaration de changement de sexe n'était pas susceptible de représentation en vertu de l'art. 19*c* al. 2 CC, il a considéré que le consentement du représentant légal apparaissait comme une mesure nécessaire pour protéger les personnes particulièrement vulnérables, en particulier les mineur·x·e·s, contre des déclarations faites à la légère ou sous l'influence de tiers[18]. Cela étant, il faut relever que de l'avis de plusieurs auteur·x·e·s, dont les soussignées font partie, l'art. 30*b* al. 4 ch. 1 CC est contraire aux art. 19*c*

---

[15] WAHLEN et al., p. 791.

[16] Introduit par le ch. I de la LF du 18 décembre 2020 (Changement de sexe à l'état civil), en vigueur depuis le 1er janv. 2022 (RO 2021 668). Voir en outre : Message révision CC, p. 779 et Rapport explicatif 2018, p. 1 ss. Voir en outre : Arrêt CourEDH *A.P., Garçon et Nicot c. France* du 6 avril 2017 req. nos 79885/12, 52471/13 et 52596/13 ; *Schlumpf c. Suisse* du 8 janvier 2009, req. no 29002/06, par. 35 et 85 ; *Christine Goodwin c. Royaume-Uni* du 11 juillet 2002 req. no 28957/95. Pour un exposé historique et une explication du projet : BERTHOLET / SHEYBANI, p. 204 ss ; REICHLIN, p. 728 s. ; BÜCHLER / COTTIER, *Transgender*, p. 875 ss; KUZNIAR / SAVARY, p. 40 ss. Voir également : Guide CEDH, no 60 ss ainsi que toute la jurisprudence topique mentionnée.

[17] Message révision CC, p. 818.

[18] *Ibidem*.

CC, 11 al. 2 Cst., 8 al. 1 et 12 CDE et 12 CDPH[19]. En effet, s'agissant de droits strictement personnels, le consentement du/de la représentant·x·e légal·e ne devrait pas être nécessaire pour l'enfant capable de discernement. De plus, dite capacité de discernement dépend de la situation et peut être acquise bien avant l'âge de 16 ans (*infra* IV/B/2).

Sur le plan cantonal, rappelons l'adoption de la loi cantonale du 23 mars 2023 sur l'égalité et la lutte contre les discriminations (LED ; RS/GE A 2 90) ainsi que de la loi cantonale du 23 mars 2023 sur l'égalité et la lutte contre les discriminations liées au sexe et au genre (LED-Genre ; RS/GE A 2 91)[20]. Cette loi traite expressément de la protection des personnes transgenres et il en sera tenu compte dans les considérations qui vont suivre.

D. L'exposé des motifs

L'exposé des motifs du PL 13324 comporte trois pages dans lesquelles figure une argumentation à laquelle ne peuvent souscrire les soussignées. Dite argumentation, sans qu'elle ne soit véritablement référencée, mêle différents domaines, autres que le droit, tels que la médecine, la psychologie, l'histoire, la sociologie, l'anthropologie, les études de genre, les sciences sociales. La présente recherche étant focalisée sur le domaine du droit, elle ne reprendra pas ci-après chacun des arguments présentés mais uniquement ceux devant être examinés du point de vue du droit. La partie « Aspects légaux » sera bien évidemment particulièrement considérée.

Cela étant, nous soulèverons ici d'emblée que l'exposé des motifs ne comporte aucune référence aux notions indispensables à l'examen du droit en la matière. En particulier, les notions d'« intérêt de l'enfant », de « bien de l'enfant », de « liberté personnelle », de « sphère privée » ne sont pas traitées, ni même évoquées.

[19] Voir not. COTTIER, *Einsiedeln*, p. 945 ss qui estimait que l'art. 30*b* al. 4 ch. 1 CC devait être supprimé du projet sans être remplacé.

[20] Ces deux lois sont actuellement contestées et deux projets ont été déposés en vue de leur abrogation (PL 13334 et PL 13333 dont les objets ont été renvoyés à la Commission des Droits de l'Homme : Procès-verbal des séances du Grand Conseil des 22 et 23 juin 2023, par. 279 s. https://ge.ch/grandconseil/data/pv/2023_PVJANVIERDECEMBRE.pdf).

E. Le résumé du présent avis de droit

Le PL 13324 vise à insérer l'art. 67A nLS, en tant que nouvelle disposition légale cantonale dans la LS. Cette disposition comprend quatre aspects principaux : l'interdiction des interventions de réassignation sexuelle (al. 1), l'interdiction de la promotion et de la facilitation d'accès (al. 2), une sanction en cas de prescription ou d'administration de traitements ou de réalisation d'interventions (al. 3) et l'obligation de dénonciation (al. 4).

Préalablement, le projet a été examiné sous deux angles. **Sur le plan systématique**, l'examen du projet a révélé que celui-ci est contraire aux buts de la LS (art. 1, 2, 3 LS), aux autres dispositions de la LS (art. 12, 14 ss, 18, *20a,* 42, 45, 48*a*, 86, 134 LS) ainsi qu'à la LED et à la LED-genre **(*infra* II/A)**. **Sur le plan de la terminologie**, l'examen des termes utilisés dans la disposition légale a démontré que de multiples notions dans le projet sont imprécises et posent problème, en particulier, les notions de « réassignation sexuelle », d'« intervention » et de « traitement », de « promotion », de « sanctions », de « mineur·x·e·s », de « professionnel·x·le·s » ou encore d'« autorité de protection de l'enfant » **(*infra* II/B)**. Il a été délicat de distinguer ce qui est visé par ces termes, tant il y a de multiples incohérences entre dits termes. En conséquence, il a été constaté que la base légale est insuffisamment claire et déterminée, et manque donc de la densité légale nécessaire sous l'angle de l'art. 36 Cst. féd. pour la restriction des droits fondamentaux.

Ensuite, les signataires du projet ayant considéré qu'il était de la responsabilité du Grand Conseil d'agir, la question de **la répartition des compétences en la matière et de la primauté du droit fédéral** a été traitée **(*infra* III/A)**. Après avoir rappelé les règles générales de répartition des compétences en matière de droit de la santé et en matière civile, l'examen du cas concret a mis en évidence que le PL 13324 viole la répartition des compétences et le principe de la primauté du droit fédéral.

En particulier, il a été rappelé que les cantons ne peuvent, sauf à invoquer des impératifs de santé publique - ce qui n'est pas le cas en l'espèce -, pas légiférer en matière civile.



S'agissant des bloqueurs de puberté et les traitements hormonaux, il a été considéré qu'ils entrent dans le champ d'application de l'art. 117*a* Cst. et rappelé qu'ils sont homologués par la Confédération et régis par la LPTh, domaine réglementé exhaustivement par la Confédération. Le PL 13324 ne poursuivant pas de but différent à la LPTh, il a été affirmé qu'il ne saurait subsister et que la règlementation cantonale en interdiction posait problème sous l'angle de l'art. 49 Cst., lequel prévoit que le droit fédéral prime le droit cantonal qui lui est contraire. Il a été précisé qu'à cet égard vu les buts identiques et la solution en totale contradiction (autorisation fédérale/interdiction cantonale), une interprétation conforme à la Constitution ne pouvait être envisagée.

En ce qui concerne les opérations de réassignation sexuelle, respectivement d'assignation sexuelle, il a été étudié la question de savoir si un conflit normatif « pur », à savoir lorsque deux lois (ici l'art. 67A nLS du projet et la LAMal) traitent du même objet en donnant une solution différente, pouvait être retenu. Dans le cas d'espèce, les deux normes sont fondées sur l'intérêt de la protection de la santé publique, mais l'une dit qu'un traitement est interdit et l'autre dit que le traitement est « approprié et efficace ». Il a été considéré qu'il convenait alors de retenir que la règle cantonale a pour effet de contredire le sens et l'esprit du droit fédéral et que le conflit de normes « pur » rend inapplicable l'art. 67A nLS.

Pour ce qui est de l'interdiction de la promotion et la facilitation d'accès et du fait de sanctionner les professionnel·x·le·s de la santé qui prescriraient ou administreraient un traitement ou réaliserait une intervention, il a été observé que l'adoption de l'art. 67A al. 2 et 3 nLS reviendrait à violer la primauté du droit fédéral. En effet, tant la LPMéd que la LPSan, adoptées sur la base de l'art. 117*a* Cst., règlent de façon exhaustive les devoirs des professionnel·x·le·s visé·x·e·s ainsi que le droit disciplinaire correspondant. Le fait de sanctionner sur une base cantonale, des professionnel·x·le·s soumis au droit disciplinaire fédéral (art. 43 LPMéd, art. 19 LPSan, art. 30 LPsy) viole le droit fédéral.

S'agissant de l'obligation de dénonciation, il a été rappelé que la Confédération a déjà légiféré de manière exhaustive la matière par le biais des art. 314*c* CC et 314*d* CC. Il a en outre été constaté que l'obligation d'aviser cantonale prévue par le projet va bien

au-delà du seul domaine de la santé et que dès lors, l'adoption de l'art. 67A al. 4 nLS reviendrait à violer la répartition des compétences ainsi que la primauté du droit fédéral. De plus, en tant qu'exception au secret professionnel au sens de la réserve de l'art. 321 ch. 3 CP, il a été constaté que dite exception ne remplissait pas les conditions pour être valable, vu son manque de clarté et sa formulation large et imprécise en particulier quant aux professionnel·x·le·s concerné·x·e·s ainsi qu'aux situations visées.

En outre, les soussignées ont expliqué qu'Interpellé par deux fois le Conseil fédéral a considéré qu'il ne revenait pas au législateur de prendre des décisions pour restreindre l'accès à ces traitements et opérations, le cadre légal étant suffisant notamment s'agissant des professions médicales, des devoirs des médecins et des médicaments. Il a en outre rappelé la compétence des cantons de surveiller le respect des règles légales notamment en matière d'exercice des professions médicales, d'acte médical inapproprié, de consentement et de représentation, mais non de légiférer dans le domaine des soins de santé aux personnes transgenre.

Puis, **les obligations générales de la République et du canton de Genève en matière de droits fondamentaux (*infra* III/B)** ont été brièvement rappelées, en particulier le devoir de respecter les droits fondamentaux et de contribuer à leur réalisation ainsi que la nécessité de tenir compte des besoins de développement et de protection propres aux enfants et aux jeunes.

Ensuite, les soussignées ont procédé à un examen détaillé de la question de **l'autodétermination et de la protection en matière médicale des mineur·x·e·s concerné·x·e·s (*infra* IV)**.

Les **droits fondamentaux de l'enfant** ont été présentés avec la mention de toutes les bases légales topiques **(*infra* IV/A)**, en particulier son droit à la sphère privée et à l'identité de genre, son droit à la liberté personnelle ainsi qu'à son intégrité physique et psychique, son droit à un accès égal aux soins et l'interdiction de discrimination, son droit à la liberté d'opinion, d'information et d'expression ainsi que son droit à la sphère privée par le biais du secret médical et du secret professionnel. Le principe de la primauté du bien de l'enfant a également été traité.

Une importante autonomie personnelle de l'enfant découle desdits droits fondamentaux, lesquels ont été **concrétisés par le biais du droit civil (*infra* IV/B)**. En particulier, le critère phare en matière d'autodétermination est celui de la capacité de discernement qui doit être examiné dans chaque cas concret et de ce critère dépend le droit de consentir aux traitements. Le Code civil donne ainsi un cadre. Le but est de tenir compte du développement de l'enfant et non pas d'un âge précis, comme les 18 ans que prévoit le projet. En effet, le consentement à un traitement médical constitue un droit éminemment personnel, raison pour laquelle la personne doit uniquement être capable de discernement et n'a pas besoin d'être majeure.

De ce fait, il a été **distingué les droits des personnes mineures capables de discernement** de **ceux des personnes mineures incapables de discernement (*infra* IV/C et D)**.

S'agissant des premières, leurs droits strictement personnels, à savoir les droits subjectifs privés qui sont inhérents à la qualité d'être humain comme les biens de la personnalité ou encore les droits fondamentaux liés à la personnalité (dont la liberté personnelle) qui peuvent être exercés en principe de pair avec la capacité de discernement nécessaire correspondante, doivent être reconnus et les personnes mineures concernées peuvent les exercer de manière autonome. Ainsi et conformément au droit international, fédéral et cantonal actuellement en vigueur, la personne mineure capable de discernement peut donc décider elle-même, librement, et prendre seule sa décision en matière médicale et consentir à des traitements et opérations de réassignation sexuelle. Il en va du respect de son droit à l'autodétermination en matière médicale. Le projet PL 13324 viendrait les priver, sur le territoire genevois, de tout droit d'exercer leurs droits strictement personnels afin de consentir et bénéficier de soins, affectant ainsi fortement leur droit à l'autodétermination.

S'agissant des secondes, elles ne peuvent pas consentir à un traitement médical et sont représentées par leur représentant·x·e légal·x·e, sauf pour les droits qui ne souffrent aucune représentation en raison de leur lien étroit avec la personnalité, soit les droits strictement personnels absolus lesquels sont non soumis à représentation.

Ainsi, le droit d'accepter ou de refuser un traitement médical pour l'enfant incapable de discernement peut être exercé par ses représentant·x·e·s légaux·ales, à l'exception de certains traitements tombant sous le coup des droits strictement personnels absolus lesquels sont non soumis à représentation. L'enfant peut cependant participer au processus de décision en donnant son avis et les professionnel·x·e·s de la santé ainsi que les représentant·x·e·s légaux·ales doivent en tenir compte.

Au titre d'exception, le consentement des représentant·x·e·s légaux·ales ne permet en aucun cas au/à la médecin de pratiquer des interventions qui, en fonction de leur nature, ne pourraient être admises que par l'intéressé lui-même ; il en va généralement ainsi des traitements particulièrement graves, ou sans portée thérapeutiques (irréversibles, mutilants), qui peuvent être différés jusqu'au moment où l'enfant atteint la capacité de discernement; lorsqu'il n'y a donc pas d'urgence et/ou d'indication médicale. Dès lors qu'un·e mineur·x·e incapable de discernement n'est pas en capacité non plus de donner son consentement, seul un report peut être envisagé. Le cadre légal actuel entourant les personnes mineures transgenres et intersexes incapables de discernement ne leur permet en général pas d'accéder aux opérations de réassignation sexuelle, respectivement d'assignation sexuelle, le consentement à celles-ci relevant de leurs droits strictement personnels absolus non soumis à représentation. Il en va de même des interventions chirurgicales purement cosmétiques effectuées sur les bébés et les enfants intersexes incapables de discernement ayant pour objectif de modifier les organes génitaux. La question est plus délicate s'agissant des traitements hormonaux et des bloqueurs de puberté. La situation doit être examinée au cas par cas en tenant compte de l'intérêt de l'enfant, de l'intérêt thérapeutique et de l'indication médicale. Le PL 13324 viendrait directement limiter le droit de l'enfant incapable de discernement de bénéficier de soins, selon la situation, d'hormonothérapie ou de bloqueurs de puberté lui permettant de reporter les décisions en matière de transition à plus tard. Il impacterait également les mineur·x·e·s incapables de discernement dans ces cas exceptionnels où l'enfant a absolument besoin d'une opération, en particulier en cas de troubles fonctionnels. Le projet ne fait aucun aménagement même pour ces situations dont la loi tient compte actuellement s'agissant des personnes intersexes (art. 48A LS). Le projet PL 13324 viendrait ainsi priver, sur le territoire genevois, certain·e·s mineur·x·e·s incapables de discernement de bénéficier de soins.



Dans la suite du raisonnement, les soussignées ont procédé à **un examen des restrictions aux droits fondamentaux et humains** afin de déterminer dans quelle mesure l'art. 67A nLS viole ceux-ci **(*infra* IV/E)**. Cette analyse a été réalisée en deux étapes. Dans un premier temps, il a été rappelé que le nouvel article de loi proposé pose une atteinte aux droits fondamentaux de l'enfant. Dans un second temps, il a été analysé si cette atteinte respecte les conditions de restriction des droits fondamentaux.

S'agissant de la première étape, il a été constaté que le PL 13324 constitue à n'en point douter, sur plusieurs points, une ingérence dans la garantie de la vie et sphère privées, comprenant le droit à l'identité de genre, en ce sens que la personne mineure concernée est restreinte dans ses possibilités de se définir selon son identité de genre, de vivre selon son identité de genre et de s'épanouir personnellement ainsi que de déterminer ses modifications corporelles importantes. Il a été également remarqué que le PL 13324 atteint la liberté personnelle puisque la personne mineure concernée n'a, au vu des interdictions, plus la possibilité d'exercer son droit à l'autodétermination dans le domaine médical. Si elle est capable de discernement, elle ne peut tout simplement plus consentir à un traitement ou à une intervention de réassignation sexuelle et sa sphère d'autonomie individuelle est en outre atteinte. De plus, il a été soulevé que le PL 13324 a pour effet d'atteindre le droit à la liberté d'opinion, d'information et d'expression de l'enfant dans la mesure où la personne mineure concernée ne recevra plus toute l'information dont elle a besoin, la promotion étant interdite par le projet, et ne pourra plus se former une opinion ainsi que la répandre. Par ailleurs, il a été observé que par l'instauration d'une dénonciation de l'enfant par les professionnel·x·le·s, le PL 13324 atteint directement l'enfant dans sa sphère privée laquelle comprend les informations relatives à sa santé.

S'agissant de la seconde étape, un examen minutieux du PL 13324 au regard des conditions a permis de constater que :

- L'art. 67A nLS constitue une base légale formelle. En revanche, la densité normative de la loi est insuffisante vu la terminologie discutable et le manque de clarté. Cela a pour effet de créer une insécurité juridique considérable, et cela alors même que le projet concerne des personnes mineures, lesquelles

doivent être particulièrement protégées (par application de l'art. 11 Cst. en tant que garantie auxiliaire) et que le projet a un effet direct sur leurs droits fondamentaux.

- Le but poursuivi par l'art. 67A nLS est, au mieux, de protéger les personnes mineures, ce qui constitue en soi un but d'intérêt public légitime, mais aussi – et peut-être surtout – d'éviter qu'elles aient recours à des traitements ou interventions qu'elles pourraient par la suite regretter, sans qu'il ne soit expliqué dans quelle mesure il y a un but à ne pas tenir compte de l'acquisition progressive de l'autonomie de l'enfant pour se déterminer, soit de sa capacité de discernement pour consentir à l'acte médical. L'interdiction de la promotion (art. 67A al. 2 nLS) professe également un but de « protéger » les mineur·x·e·s. Elle a en réalité pour objectif de museler de manière préventive et préalablement toute personne qui souhaiterait transmettre des informations au sujet des interventions de réassignation sexuelle et de supprimer l'accès des mineur·x·e·s à ces informations afin de les protéger. On voit mal en quoi cet objectif pourrait être considéré comme légitime. Les sanctions à l'encontre des professionnel·x·le·s de la santé (art. 67A al. 3 nLS) et la dénonciation systématique par les professionnel·x·le·s qui constateraient la situation de personne mineure ayant subi les pratiques interdites par le projet (art. 67A al. 4 nLS) visent des buts similaires.

- S'agissant de l'examen de la proportionnalité, une mesure doit être apte à atteindre le but poursuivi, nécessaire pour atteindre le but visé et ne doit pas porter une atteinte disproportionnée au droit en question (pesée des intérêts, proportionnalité au sens étroit).

  - En l'espèce, l'aptitude des mesures proposées à atteindre le but de la protection des personnes mineures est plus que douteuse. En effet, l'interdiction d'interventions de réassignation sexuelle risque de mettre en danger l'enfant qui a besoin de soins. L'interdiction de la « promotion » (art. 67A al. 2 nLS) ne paraît pas non plus apte à atteindre le but visé qui est celui de la protection des personnes mineures. En effet, face à l'impossibilité de recevoir des informations, la personne

mineure se retrouvera en situation de désinformation pour exercer ses droits et se tournera vraisemblablement vers d'autres canaux diffusant de l'information, parfois douteuse et fausse voire invérifiées, qui auront certainement pour effet de mettre la personne mineure dans une situation précaire et cela à l'encontre de la protection de l'enfant dans son développement. La mise en place de sanction en cas de prescription ou d'administration de traitement ou de réalisation d'interventions (art. 67A al. 3 nLS) ne paraît pas non plus apte à atteindre le but visé de la protection des personnes mineures. Ces sanctions auront pour effet de priver les personnes mineures de traitements ou interventions dont elles auraient besoin dans leur situation concrète, à leur détriment. Par ailleurs, certes les professionnels de la santé visés ne procéderont probablement plus aux pratiques interdites, mais d'autres professionnels de la santé d'autres cantons ou, on peut le craindre, d'autres personnes non habilitées prendront le relais s'agissant de la médication, ce qui ne contribue en tout cas pas à la protection des mineurs. Quant au but de museler de manière préventive et préalablement toutes personnes qui souhaiterait transmettre des informations au sujet des interventions de réassignation sexuelle et de supprimer l'accès des mineur·x·e·s à ces informations afin de les protéger, l'interdiction de promotion est en soi apte à atteindre le but visé ; cela ne veut encore pas dire, comme on le verra, que la mesure est nécessaire et proportionnée. Quant à l'obligation de dénonciation (art. 67A al. 4 nLS), elle ne paraît pas non plus apte à atteindre le but visé de la protection des personnes mineures, étant considéré que face à l'impossibilité de faire confiance à des professionnel·x·le·s, les personnes mineures se tourneront vraisemblablement vers d'autres personnes non considérées comme professionnelles, lesquelles pourront leur donner de multiples informations non professionnelles, voire invérifiées, qui auront certainement pour effet de mettre les personnes mineures dans des situations précaires.

- Dans le cas d'espèce toujours, et comme l'a considéré le Conseil fédéral par deux fois, le critère de la nécessité n'est pas rempli. En effet, si le

but est de protéger les personnes mineures face à des interventions médicales, force est de constater que l'ensemble du cadre légal actuel assure la protection des mineur·x·e·s. Ils/elles ont la possibilité de déterminer librement leur identité de genre et de pouvoir l'exprimer notamment en choisissant leurs modifications corporelles importantes aux conditions offertes par le cadre légal actuel par le biais notamment des règles sur la capacité de discernement et le consentement, tout en prévoyant des obligations des médecins, lesquels sont tenus par leur devoir de diligence et d'apprécier concrètement l'intérêt de l'enfant. Les mineur·x·e·s peuvent en outre se tourner vers des associations qui communiquent des informations scientifiques et qui leur permettent de se faire une opinion. L'interdiction de « promotion » n'est pas non plus nécessaire, le cadre légal actuel entourant adéquatement le droit à l'information. Les mineur·x·e·s ont par ailleurs la possibilité de bénéficier d'une prise en charge par des professionnel·x·le·s, sans craindre qu'ils/elles ne le/la dénoncent. Les dispositions légales fédérales actuellement en vigueur en matière de dénonciation suffisent afin de protéger les enfants concernés.

- S'agissant du respect du principe de la proportionnalité au sens étroit, l'absence de proportionnalité est manifeste. En effet, dans le cas d'espèce, il est nécessaire de mettre en balance le droit à l'auto-détermination et la protection de l'intégrité physique et psychique des personnes mineures d'un côté, et celui de limiter l'accès à des traitements de l'autre. Les personnes mineures n'ayant plus accès aux traitements et interventions, elles n'ont de fait absolument plus la possibilité d'exprimer librement leur identité de genre, laquelle passe notamment par le choix de ses modifications corporelles importantes. La disposition légale est sans demi-mesure. Aucune distinction n'est éventuellement faite entre les différentes méthodes et traitements en matière de réassignation sexuelle, alors même que des distinctions pourraient permettre l'expression de l'identité de genre dans une mesure plus relative. En outre, l'interdiction est généralisée et concerne tous les mineur·x·e·s, sans distinction. En particulier, il n'est fait aucune

différence entre les mineurs capables de discernement de ceux incapables de discernement, alors qu'il s'agit d'une véritable obligation de l'État. Si l'ordre juridique a prévu une telle distinction, c'est justement pour tenir compte du processus et du stade de développement de chacun des enfants et des jeunes puisqu'ils acquièrent progressivement l'autonomie au fur et à mesure qu'ils approchent de l'âge adulte. En outre, refuser des traitements alors même qu'ils seraient nécessaires créerait une situation de détresse. Pour les jeunes concerné·x·e·s, ces soins sont indispensables pour réduire leur souffrance et anxiété et il est ainsi nécessaire de leur en donner l'accès sauf à entacher leur bien-être. La situation de l'enfant privé dans son identité ainsi que de transition comporte des inconvénients plus importants que les avantages que la société en retire, vu les discriminations auquel il fait face et les souffrances psychiques qu'il endure dans son développement, étant précisé qu'aucune autre mesure, comme la psychothérapie n'est envisageable alternativement comme le Conseil fédéral l'a d'ailleurs rappelé. Il n'est outre fait aucune distinction entre les potentielles situations auxquelles font face les mineur·x·e·s, comme les situations d'urgence ou de problème de santé particulier. Aucune solution qui restreinderait moins les droits fondamentaux des enfants capables discernement, comme le concours du consentement du représentant légal, n'est envisagée. Quant à l'interdiction de « promotion » (art. 67A al. 2 nLS), elle censure toute personne, sans distinction et a un impact direct sur la liberté d'opinion et d'information de l'enfant. Il n'est pas non plus distingué le type d'informations ou les comportements visés. S'agissant enfin de l'obligation de dénonciation de l'art. 67A al. 4 nLS, elle est extrêmement large, de sorte que les enfants concernés se retrouvent dans une situation où ils ne peuvent plus faire confiance à personne et risquent à tout moment des dénonciations, que ce soit par exemple leurs médecins ou leurs enseignants. Il n'y a en outre aucune pesée des intérêts de l'enfant et la dénonciation est prévue peu importe si les besoins fondamentaux de l'enfant sont ou non menacés, son bien être ou son développement touché ou non.

- S'agissant du noyau dur du droit, dans le cas d'espèce, un·e mineur·x·e capable de discernement doit pouvoir exercer ses droits strictement personnels absolus et ne peut en être empêché totalement comme le projet le prévoit en matière de transition. Cela équivaut à vider le droit à la sphère privée de sa substance alors que l'essence du droit à être en conformité avec son identité de genre est inviolable.

L'analyse en deux étapes a permis de conclure que l'art. 67A nLS (en particulier al. 1 et 3) viole le droit au respect de la sphère privée (au sens de l'art. 13 Cst. et art. 21 Cst. GE) et en particulier le droit fondamental de déterminer librement son identité de genre et de pouvoir l'exprimer notamment en choisissant ses modifications corporelles importantes. L'art. 67A nLS viole en outre le droit à la liberté personnelle (au sens de l'art. 10 al. 2 Cst. et art. 20 Cst. GE.) et en particulier le droit fondamental de choisir une intervention sur son propre corps. S'agissant de l'art. 67A al. 2 nLS, il viole le droit le droit à liberté d'opinion, d'information et d'expression de l'enfant (au sens de l'art. 16 Cst., art. 26 al. 2 et 28 Cst. GE), et même à plus forte raison des personnes qui transmettent ces informations. Quant à l'art. 67A al. 4 nLS, il viole l'art. 13 Cst. (mais également l'art. 21 Cst. GE) qui protège la sphère privée.

L'examen de la violation du droit à un accès égal aux soins et de ne pas subir de discrimination (art. 8 al. 2 Cst. et art. 15 al. 2 Cst. GE) a été examiné séparément et les soussignées ont conclu à sa violation, étant considéré que rien ne justifie de traiter les mineur·x·e·s capables de discernement de façon identique aux mineur·x·e·s incapables de discernement, lesquels se trouvent être dans une situation différente des premiers.

Enfin, quelques **autres aspects importants du projet** ont été évoqués (***infra* V**), en particulier les droits et devoirs des professionnel·x·le·s **(*infra* V/A),** ainsi que le droit à la liberté des médias et de la presse **(*infra* V/B).**

En **conclusion (*infra* VI),** les soussignées ont été d'avis que le PL 13324 manque de clarté, est mal ficelé, est contraire au droit tant cantonal, fédéral qu'international et viole les droits fondamentaux de l'enfant. Il prévoit une interdiction pure et simple alors

que la réglementation de la matière, laquelle est adéquate et suffisante, est bien plus appropriée que l'interdiction.

Par conséquent, en raison de l'illégalité et de la non-conformité au droit du projet, il a été recommandé aux député·x·e·s de la Commission des droits de l'Homme du Grand Conseil de rejeter le projet PL 13324 déposé le 9 mai 2023 devant le Grand Conseil de la République et canton de Genève. Il a en outre été recommandé aux député·x·e·s du Grand Conseil de voter non au dit projet PL 13324.



II. L'examen préalable du projet

A. Le projet du point de vue systématique

1. L'intégration de la nouvelle disposition légale dans la loi

Le PL 13324 concerne une modification de la LS[21]. L'art. 1 LS rappelle les buts de la loi et prévoit que la présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé (au sens de l'art. 2 al. 1 LS) des personnes, des groupes de personnes, de la population et des animaux, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun (al. 1). Elle garantit une égalité d'accès de chacun à des soins (au sens de l'art. 2 al. 2 LS) de qualité (al. 2) et encourage les responsabilités individuelle, familiale et collective ainsi que la solidarité (al. 3).

D'après l'art. 2 al. 1 LS, la santé consiste en un état physique, psychique et social qui favorise à tout âge l'équilibre de la personne au sein de la collectivité. Les soins comprennent tout service fourni à une personne, à un groupe de personnes ou à la population dans le but de promouvoir, de protéger, d'évaluer, de surveiller, de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé humaine (art. 2 al. 2 LS).

Le champ d'application de la LS est déterminé à l'art. 3 LS. La LS définit et encourage le partenariat entre les acteurs publics et privés du domaine de la santé et régit les soins (al. 1). Selon l'art. 3 al. 2 LS, sont notamment définis par la présente loi : les autorités et leur champ de compétences (let. a ; traités aux art. 5 ss LS); les objectifs de promotion de la santé et de prévention (let. b ; traités aux art. 14 ss LS); les relations entre patient·x·es, membres des professions de la santé, personnes exerçant des pratiques complémentaires et institutions de santé (let. d ; traitées notamment aux art. 34 ss LS); l'exercice des professions de la santé (let. e ; traité aux art. 71 ss LS); les pratiques complémentaires (let. f ; traitées aux art. 97 ss LS); la surveillance des activités du domaine de la santé (let. j).

[21] Pour les travaux préparatoires à la LS, voir : Rapport LS-A, p. 1 ss ; Rapport LS-B, p. 1 ss.

La nouvelle disposition légale 67A nLS serait insérée dans le chapitre V de la LS (art. 34 ss LS), lequel concerne les « Relations entre patients et professionnels de la santé », plus précisément dans la section 4 intitulée « Mesures médicales spéciales ». La disposition prendrait sa place entre l'art. 67 LS relatif à la stérilisation des personnes incapables de discernement et l'art. 68 LS concernant la constatation de la mort. L'exposé des motifs ne donne pas d'explications sur le bien-fondé de cette insertion d'un point de vue systématique et nous pouvons douter de celui-ci.

L'art. 67A nLS comprend essentiellement des interdictions ; cela ressort tant de la note marginale que des al. 1 et 2. Quant à l'al. 3, il concerne des sanctions et l'al. 4 est relatif à des dénonciations. Nous reviendrons sur l'examen de l'art. 67A nLS (*infra* IV et V) et sur la terminologie y relative (*infra* II/B).

Or, les autres dispositions légales comprises dans la section 4 sont des dispositions spécifiques d'application qui traitent des mesures médicales spéciales dans des cas particuliers, à savoir la transplantation (art. 58A à 60 LS), la recherche sur l'être humain (art. 62 à 64 LS), la formation des professionnel·x·e·s de santé (art. 65 LS), l'interruption de grossesse (art. 66 LS), la stérilisation des personnes incapables de discernement (art. 67 LS), la constatation de la mort (art. 68 LS), le sort du cadavre et sépulture (art. 69 LS) et l'autopsie (art. 70 LS). Ces dispositions ne servent pas à fonder des interdictions. Elles ne comprennent d'ailleurs aucune interdiction, ni sanction. Il n'apparaît ainsi pas opportun que cette disposition apparaisse dans dite section 4.

Il faut par ailleurs relever que l'art. 48A LS relatif à l'intersexuation se prononce sur les opérations sur les enfants présentant des variations du développement sexuel, sujet qui se recoupe en partie avec le contenu de l'art. 67A LS. Cependant, l'art. 48A LS figure dans la section 2 « principaux droits du patient », alors que la modification proposée, malgré son thème similaire, se trouve dans la section 4 « mesures spéciales ».

De plus, toujours du point de vue systématique, la nouvelle disposition correspondrait à l'art. 67A nLS. Elle n'est cependant aucunement liée à l'art. 67 LS qui traite de la

stérilisation des personnes incapables de discernement (disposition qui pourrait d'ailleurs également faire l'objet d'une critique). En effet, les personnes incapables de discernement ne sauraient être confondues avec les personnes mineur·x·e·s. Ces notions ne se recoupent pas. Il en est de même de la notion de stérilisation et de celle des interventions de réassignation sexuelle.

Sans traiter, il est également nécessaire de préciser que le PL 13324 soulèvera nécessairement des questions relatives à l'application de la loi sur le territoire et à son champ d'application. En effet, la question pourra se poser de savoir quelle est la situation du/de la mineur·x·e domicilié·x·e dans le canton de Genève qui bénéficie de ce type de soins dans un autre canton. Quelle sera également la situation d'un·e médecin domicilié·x·e à Genève, mais qui exerce dans un autre canton et prodigue ce type de soins à des mineur·x·e·s, ou inversement. Ou encore un·e médecin qui redirigerait le/la mineur·x·e vers un prestataire de soins hors du canton sera-t-il/elle punissable. Qu'en sera-t-il en outre de la promotion via internet sur un site suisse consultable depuis Genève.

2. Le projet et les buts de la loi

La modification proposée dans le PL 13324 est contraire aux buts de la LS, en particulier sur trois points.

Premièrement, la modification est contraire au but de la loi s'agissant de la promotion de la santé des personnes, des groupes de personnes et de la population, lequel est établi par l'art. 1 al. 1 LS. En effet, alors même que l'art. 1 LS prévoit notamment que la loi a pour « but de contribuer à la promotion » de la santé, que l'art. 2 LS mentionne « le but de promouvoir » la santé humaine, que l'art. 3 al. 2 let. b) LS liste « les objectifs de promotion de la santé et de prévention » et que le chapitre III de la loi, soit les art. 14 ss LS sont relatifs à la « promotion de la santé et prévention », le projet PL 13324 interdit « la promotion de telles pratiques » (art. 67A al. 2 nLS).

Deuxièmement, la modification est contraire au but de la loi s'agissant de la protection, du maintien et du rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes et de la population (art. 1 al. 1 LS). En effet, bien qu'il soit défini que « la



santé consiste en un état physique, psychique et social qui favorise à tout âge l'équilibre de la personne au sein de la collectivité » (art. 2 al. 1 LS) et que dite santé soit le but final de la loi (art. 1 al. 1 LS), l'art. 67A nLS fait fi de la santé des mineur·x·e·s souffrant de d'incongruence de genre, en leur interdisant l'accès aux « interventions de réassignation sexuelle » (art. 67A al. 1 nLS) et en sanctionnant les professionnel·x·le·s de la santé qui leur prescriraient ou administreraient un traitement ou réaliserait des interventions dans ce but (art. 67A al. 3 nLS).

Troisièmement, le but de la loi est d'assurer la santé dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun (art. 1 al. 1 LS). La loi garantit une égalité d'accès de chacun à des soins de qualité (art. 1 al. 2 LS), ce qui correspond d'ailleurs à un droit découlant du droit fédéral. Or, comme on le verra par le biais de l'examen du projet de loi au regard des droits constitutionnels (*infra* IV), le projet va directement à l'encontre de ce but.

3. Le projet et les autres dispositions légales de la loi

Outre la contradiction avec les buts de la LS (*supra* II/A/2), la modification proposée dans le PL 13324 est contraire à d'autres dispositions de la loi.

En premier lieu, l'art. 14 LS, lequel est conforme au but de la loi (art. 1 LS ; *supra* III/A/2), définit la promotion de la santé comme un processus qui donne les moyens à l'individu et à la collectivité d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé et qui encourage les modes de vie sains (al. 1). Dite promotion de la santé a pour but de maintenir et d'améliorer la santé des individus et de la population en général sans discrimination. Elle tient compte des besoins spécifiques liés à une caractéristique personnelle, notamment le sexe, l'identité de genre, l'expression de genre, l'intersexuation (al. 2). La loi genevoise affirme donc l'importance de la promotion de la santé, tout en tenant compte spécifiquement des caractéristiques liées aux personnes transgenres.

L'art. 18 LS fait de la promotion de la santé des enfants et adolescent·x·e·s un domaine prioritaire (cf. titre de la section 2). Il en va de même de la promotion de la santé liée à l'identité de genre. En effet, l'art. 20*a* LS précise notamment que l'État met en place



des mesures spécifiques pour la promotion de la santé en faveur des personnes transgenres et intersexes, en particulier les actions visant à améliorer l'information, l'accès aux prestations de santé, ainsi que la détection et la prise en charge des atteintes à la santé.

Or, l'art. 67A al. 2 nLS vise à interdire la promotion des interventions de réassignation sexuelle auprès des mineur·x·e·s, voire des autres traitements de réassignation sexuelle (*infra* B/2), alors même que ces interventions et traitements permettent d'améliorer la santé des individus concernés[22] et que ces derniers sont particulièrement ciblés par la loi dans les domaines prioritaires en matière de promotion.

En deuxième lieu, la loi comprend un chapitre V qui traite des « Relations entre patients et professionnels de la santé », lequel contient une section 2 relative aux « Principaux droits du patient ». L'art. 42 LS assure le « droit aux soins » et prévoit que toute personne a droit aux soins qu'exige son état de santé à toutes les étapes de la vie, dans le respect de sa dignité et, dans la mesure du possible, dans son cadre de vie habituel. La personne a ainsi droit de recevoir les soins qui lui sont objectivement nécessaires, pour autant que ces soins soient disponibles[23].

En interdisant de façon générale les traitements et les interventions de réassignation sexuelle, l'art. 67A nLS est en contradiction avec le droit aux soins expressément prévu par l'art. 42 LS.

En outre, l'art. 45 al. 1 let. b LS assure le droit d'être informé·x·e de manière claire et appropriée sur les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques. L'art. 45 al. 4 LS ajoute que dans les limites de ses compétences, tout professionnel·x·le de la santé s'assure que le/la patient·x·e qui s'adresse à lui/elle a reçu les informations nécessaires afin de décider en toute connaissance de cause. Sur

[22] Voir la contribution scientifique du Dr méd. HAARMAN Guillaume, *Rapport sur les soins d'affirmation de genre chez les jeunes transgenres*, et les références citées, remise à la Commission des droits de l'Homme dans le cadre des déterminations sur le PL 13324.
[23] Notamment : ATA/355/2021 du 23 mars 2021 consid. 5 ; DONZALLAZ, nº 1355.

ce point aussi, l'art. 67A nLS est contraire au droit puisque les interdictions et sanctions prévues restreint tant le droit d'être informé du/de la patient·x·e que les possibilités pour le/la professionnel·x·le de santé de lui donner les informations nécessaires.

En troisième lieu, la loi comprend déjà une disposition légale sur l'intersexuation. L'art. 48A LS[24] précise, à juste titre et conformément au droit, qu'aucune opération visant à assigner un sexe ne peut être pratiquée sur un enfant incapable de discernement qui présente des variations du développement sexuel (sauf en cas de problèmes de santé avéré). L'interdiction de telles opérations n'est pas valable pour tous les mineur·x·e·s mais est seulement restreinte à ceux/celles qui sont incapables de discernement. L'art. 67A LS va bien plus loin en ce sens qu'il prévoit une interdiction générale qui ne distingue pas la situation des enfants mineurs capables de discernement de ceux/celles qui ne le sont pas. Dite interdiction générale est contradictoire avec l'art. 48A LS qui n'interdit pas les pratiques sur les mineur·x·e·s capables de discernement et qui aménage des exceptions s'agissant des mineur·x·e·s incapables de discernement.

En quatrième lieu, le secret professionnel est rappelé à l'art. 86 al. 1 LS qui prévoit que les professionnel·x·le·s de la santé et leurs auxiliaires sont tenus au secret professionnel, au sens de l'art. 321 CP. Une autorité supérieure de levée du secret professionnel est en outre instituée (art 12 et 86 al. 2 LS). Au titre de sanction pénale, l'art. 134 al. 1 let. h LS dispose que sous réserve des sanctions pénales visées par les lois fédérales spécifiques, est passible d'amende la personne qui sans droit, n'aura pas respecté le secret professionnel au sens de la présente loi.

Cela étant, l'art. 86 al. 3 LS affirme que sont réservées les dispositions légales concernant l'obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice. Il est ainsi légitime de se demander si l'art. 67A al. 3 nLS fait partie de ces réserves ; en effet, si cela ne devait pas être le cas, alors la nouvelle disposition légale serait en contradiction de manière crasse avec les dispositions précitées. Nous y reviendrons (*infra* III/A/3 et V/A/1).

[24] Adopté le 23 mars 2023 et entré en vigueur le 1er juillet 2023 (cf. Chapitre XII LS).

4. Le projet et la LED ainsi que la LED-Genre

La loi cantonale du 23 mars 2023 sur l'égalité et la lutte contre les discriminations liées au sexe et au genre (LED-Genre ; RSGe A 2 91) traite expressément de la protection des personnes transgenres et intersexes. En particulier, l'art. 9 LED-Genre dont le but est la protection liée à l'identité de genre et à l'intersexuation, fait référence aux opérations, traitements et soins liés à une transition ou à une assignation sexuelle en se référant aux conditions de l'art. 46 LS, étant précisé que dit article prend en compte des personnes mineures.

Dès lors, le projet PL 13324 entre en opposition à la LED-Genre qui a pour but la protection des personnes transgenres tenant compte de la situation des mineur·x·e·s et non d'interdiction.

Quant à la loi cantonale genevoise du 23 mars 2023 sur l'égalité et la lutte contre les discriminations (LED) (RS/GE A 2 90), elle est d'application générale et concerne également les personnes transgenres et intersexes. Comme on le verra (*infra* IV), il ne fait nul doute que le PL 13324 entre en conflit avec cette loi.

B. La terminologie des dispositions légales du projet

1. La notion de réassignation sexuelle

La notion de « réassignation sexuelle » est présente tant dans la note marginale, qui est libellée ainsi : « Interdiction des interventions de réassignation sexuelle sur des personnes mineures », que dans les al. 1 et 3. Quant à l'al. 2, il fait référence à de « telles pratiques » qui semble reprendre « les interventions de réassignation sexuelle » de l'al. 1. Il est ainsi indispensable de revenir sur dite notion de « réassignation sexuelle ».

La réassignation sexuelle comprend l'ensemble des interventions chirurgicales proposées aux personnes transgenres pour que leurs corps correspondent au genre auquel elles s'identifient. Ces interventions médicales peuvent également être proposées aux personnes intersexes qui auraient, ou pas, subi, d'interventions à la

naissance en assignation sexuelle. Quant aux autres traitements et en particulier les traitements hormonaux, il n'est pas toujours clair de savoir s'ils doivent faire partie de cette notion ou pas.

La réassignation de genre ne figure, quant à elle, pas dans le PL 13324. Cette expression n'est pas non plus mentionnée dans l'exposé des motifs. Cela étant, l'exposé des motifs fait référence à la notion de genre. La réassignation de genre correspond au processus global de transition alors que la réassignation sexuelle, on l'a vu, peut être comprise comme relative aux opérations à proprement parler des caractéristiques sexuelles. Pour des raisons de simplification du présent avis de droit, nous nous en tiendrons ci-après à la terminologie utilisée par les auteur·x·e·s du PL 13324, à savoir les interventions de réassignation sexuelle seulement.

2. Les notions d'intervention et de traitement

Le terme « intervention de réassignation sexuelle » figure tant dans la note marginale que dans l'al. 1 de l'art. 67A nLS. L'al. 3 parle d'« interventions dans un but de réassignation sexuelle ». Quant à l'al. 2, il fait référence à de « telles pratiques » qui semble reprendre « les interventions de réassignation sexuelle » de l'al. 1. S'agissant de l'al. 4, il prévoit un renvoi à l'al. 1 pour les « pratiques visées ».

La prescription et l'administration de traitements de réassignation n'est pas mentionnée dans la note marginale ni dans les al. 1, 2 et 4 mais figure à l'al. 3. Nous ignorons ainsi si dans les al. 1, 2 et 4, il est fait référence uniquement aux interventions chirurgicales de réassignation sexuelle ou si le texte doit être compris de manière plus large. En reprenant l'exposé des motifs, il n'est pas non plus précisé à quel type d'intervention il est fait référence dans la note marginale de l'art. 67A nLS.

Or, indépendamment de la technique, selon la situation, peuvent être envisagées, pour les personnes qui les souhaitent : les phalloplasties, les vaginoplasties, les opérations du torse (ablation ou prothèses mammaires), l'hormonothérapie (testostérones / œstrogènes), les chirurgies faciales, les injections de graisse, la greffe de cheveux, la

greffe de barbe, les séances d'orthophonie, les épilations etc..[25] ou encore les bloqueurs de puberté.

À l'examen de l'exposé des motifs, et en particulier de la partie « Aspects médicaux » qui liste certains des traitements, ainsi que de l'al. 3 qui parle de « traitement », il semblerait que les auteur·x·e·s aient une vision large de ce qui doit être interdit, malgré une note marginale faisant référence aux « interventions ». Nous en tiendrons compte ci-après. En particulier, afin d'examiner toutes les potentielles situations dans le présent avis de droit, l'al. 1 sera examiné comme s'il comprenait tant les interventions chirurgicales que les autres traitements, même si nous doutons de cette interprétation.

S'agissant de l'art. 67A al. 3 nLS, il intègre la prescription ou l'administration de traitements. Or, on l'a vu, il n'est pas évident de dire que dits traitements sont compris dans l'interdiction de l'al. 1. À notre sens, il n'est pas envisageable que les professionnel·x·le·s de la santé soient sanctionné·x·e·s si leur comportement n'est pas prohibé en vertu de l'al. 1, et par voie de conséquence de l'al. 3.

Le manque de clarté de l'al. 1 a également un impact sur l'al. 4, vu le renvoi, et l'on ignore si les traitements de réassignation sexuelle sont compris. Dès lors, l'obligation des professionnel·x·le·s est également mal délimitée.

3. Les notions de promotion et de faciliter l'accès

L'art. 67A al. 2 nLS prévoit que sont également interdits la promotion de telles pratiques auprès des mineur·x·e·s ou le fait de leur en faciliter l'accès. Il s'agit donc d'interdire la « promotion ». Il n'y a aucune précision sur ce qu'il faut entendre par le terme « promotion » et il n'est pas donné d'explication dans l'exposé des motifs quant au type de comportement visé. Nous ignorons par exemple si la simple information aux mineur·x·e·s concernant les traitements visés contreviendrait à la nouvelle disposition légale.

[25] MAVROMATI, p. 24.

Il en va de même du « fait de leur en faciliter l'accès », notion et comportement indéfinis. Par exemple, il n'est pas aisé de déterminer si la mise à disposition de brochures ou sites internet librement accessibles serait comprise dans la nouvelle disposition légale.

Enfin, nous relevons qu'il n'est pas précisé quelles seraient les personnes visées par dit art. 67A al. 2 nLS. Il semblerait donc que la disposition vise toute personne quelle qu'elle soit qui serait amenée à faire de la promotion ou à faciliter l'accès aux pratiques. L'ensemble de ces imprécisons créent des incertitudes considérables quant au champ d'application et à la portée de cet alinéa et sont problématiques sous l'angle de la sécurité et de la prévisibilité du droit.

4. La notion de sanctions

L'art. 67A al. 3 nLS dispose que les professionnel·x·le·s de la santé qui ont prescrit ou administré un traitement, de même que réalisé des interventions dans un but de réassignation sexuelle d'un·e mineur·x·e sont sanctionné·x·e·s. Cet alinéa fait ainsi référence à des sanctions, sans préciser le type de sanctions visées. L'exposé des motifs précise que les sanctions prévues sont celles du chapitre XI relatif aux « Mesures administratives et sanctions » de la LS, à savoir celles des art. 125A ss LS, qui sont tant administratives (art. 127 ss LS) que pénales (art. 134 LS). Cela étant, les infractions pénales de l'art. 134 LS étant énumérées exhaustivement et celui-ci n'étant pas soumis à modification, il y a lieu de considérer que toutes sanctions pénales devraient dès lors être exclues. Il y a également lieu d'estimer que l'art. 67A al. 3 nLS n'a pas pour effet de renvoyer au droit disciplinaire fédéral.

5. La notion de mineur·x·e·s

Dans le PL 13324, aucune distinction n'est réalisée entre les mineur·x·e·s en tenant compte par exemple de ceux incapables de discernement par rapport à ceux capables de discernement. Nous comprenons ainsi que les auteur·x·e·s du projet envisagent d'appliquer la disposition légale à tous les mineur·x·e·s, sans tenir compte de leur situation concrète, ce qui, nous le verrons, est problématique (*infra* IV/C, D et E).

6. La notion de professionnel·x·le·s

S'agissant des « professionnels de la santé », notion à laquelle il est fait référence à l'art. 67A al. 3 nLS, aucune précision ne figure à ce sujet dans l'exposé des motifs. L'on ignore d'ailleurs s'il est fait référence aux mêmes professionnel·x·le·s de la santé que ceux/celles soumis·x·es aux art. 71 ss LS. Cela étant, on rappellera à ce stade que le suivi de réaffirmation de genre nécessite un travail multidisciplinaire[26] qui implique différent·x·e·s professionnel·x·le·s, notamment des médecins, chirurgien·x·ne·s, endocrinologues, mais aussi des psychiatres et des psychologues.

A contrario de l'al. 3, à l'art. 67A al. 4 LS, il est fait uniquement référence aux « professionnels œuvrant, notamment, dans le domaine de l'éducation, de la santé, du social, du sport ou des activités de jeunesse ». Cette formulation est donc distincte des professionnel·x·le·s de la santé visés à l'al. 3. L'exposé des motifs ne précise pas à qui il est fait référence. Cela étant, l'usage du terme « notamment » rend l'al. 4 extrêmement large et imprécis. En reprenant la formulation, sont concernés « les professionnels » puis sont proposés des exemples introduit par le terme « notamment ». En somme, tout professionnel·x·le·s peut être concerné·x·e·s ; ce qui est bien trop imprécis et démontre qu'une dénonciation systématique est instituée.

En outre, la notion même de « professionnels » est imprécise. Par exemple, il serait légitime de se demander si un·e chef·x·fe scout·x·e est concerné·x·e. Il en va de même d'un·e entraineur·x·euse d'une équipe de foot amateur·x·trice, d'un·e animateur·x·e Passeport vacances. Vu la formulation de la disposition, il semblerait qu'ils/elles le soient, ce qui paraît disproportionné, on y reviendra (*infra* IV).

Enfin, on notera à ce stade que le verbe « subir » est utilisé dans l'art. 67A al. 4 nLS. Or, dans les faits, les enfants concerné·x·e·s ne « subissent » pas de telles pratiques, mais souhaitent au contraire y recourir de leur plein gré ; il doit ainsi être tenu compte de l'autodétermination en matière médicale des mineur·x·e·s concerné·x·e·s ; nous y reviendrons (*Infra* IV).

[26] MAVROMATI, pp. 24 et 27 s.

7. La notion d'autorité de protection de l'enfant

La disposition prévoit à l'art. 67A al. 4 nLS que c'est l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (ci-après APEA) qui doit être avisée. Dans le canton de Genève, il s'agit du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (au sens de l'art. 5 al. 1 let. l LaCC). Or, l'exposé des motifs mentionne le SPMi, soit le service en charge de la protection des mineur·x·e·s (au sens de l'art. 29 REJ GE), qui n'est pas l'APEA. Cette contradiction s'agissant de la compétence de l'autorité pour recevoir la dénonciation entre le SPMi et l'APEA est, là encore, problématique.

On souligne qu'actuellement, le SPMi est compétent pour recevoir le signalement d'un·e mineur·x·e en danger dans son développement (art. 34 LaCC), alors que le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant est compétent pour recevoir le signalement de la situation d'un adulte ayant besoin d'aide (art. 33 LaCC).

Si l'APEA peut prendre des mesures pour l'enfant concerné·x·e (au sens des art. 307 ss CC et art. 105 LOJ GE), elle (ou le SPMi) n'est pas compétente pour prononcer une éventuelle sanction administrative à l'égard des professionnels de la santé (comme cela est prévu par l'art. 67A al. 3 nLS). L'art. 125B al. 1 LS prévoit d'ailleurs que c'est la commission de surveillance qui est compétente pour traiter des plaintes et des dénonciations résultant d'infractions à la LS ou à ses dispositions d'exécution. L'art. 125B al. 2 LS prévoit subsidiairement une compétence du/de la médecin cantonal·x·e et du/de la pharmacien·x·ne cantonal·x·e. Nous ignorons dès lors ce que l'APEA (ou le SPMi) est censée faire de la dénonciation reçue. Rien n'est précisé à ce sujet, ce qui est également problématique.

III. La répartition des compétences en la matière et les devoirs de l'État

A. La répartition des compétences

1. Les règles générales en matière de droit de la santé

L'art. 3 Cst. prévoit que les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération. Ainsi, tant que la Constitution fédérale n'en dispose pas autrement, les cantons conservent leurs prérogatives législatives. En revanche, dans les domaines où la Confédération légifère, la marge de manœuvre cantonale se rétrécit en conséquence. Ainsi, l'art. 49 Cst. consacre le principe de la primauté du droit fédéral, qui fait obstacle à l'adoption ou à l'application de règles cantonales qui éludent des prescriptions de droit fédéral ou qui en contredisent le sens ou l'esprit, notamment par le but ou par les moyens qu'elles mettent en œuvre, ou qui empiètent sur des matières que le législateur fédéral a réglementées de façon exhaustive[27]. L'art. 49 Cst. interdit ainsi aussi bien les dispositions cantonales qui empiètent sur des compétences fédérales (conflit de compétences, éventuellement conjointement avec un conflit de normes) que des normes cantonales qui sont contraires au droit fédéral (conflit de normes pur)[28]. Cela étant, même si la législation fédérale est considérée comme exhaustive dans un domaine donné, une loi cantonale peut subsister dans le même domaine, en particulier si elle poursuit un autre but que celui recherché par le droit fédéral[29].

L'art. 6 al. 1 CC rappelle en outre la place qui peut encore être occupée par le droit public cantonal, dans des domaines qui touchent le droit civil fédéral et prévoit en particulier que les lois civiles de la Confédération laissent subsister les compétences des cantons en matière de droit public. Cette disposition légale « précise la limite entre les lois civiles de la Confédération et les compétences législatives des cantons »[30].

[27] ATF 143 I 352 consid. 2.2; 143 I 109 consid. 4.2.2 ; 140 V 574 consid. 5.1 ; 140 I 218 consid. 5.1 ; DONZALLAZ, nº 1168, MARTENET, art. 49 Cst. nº 24 ss.
[28] MARTENET, art. 49 Cst. nº 24 ss.
[29] ATF 143 I 109 consid. 4.2.2; 140 I 218 consid. 5.1 ; 138 I 435 consid. 3.5.1; DONZALLAZ, nº 1171.
[30] Rapport 2015, p. 11.

Cela étant, le droit public cantonal peut subsister si les conditions cumulatives suivantes remplies :

– le législateur fédéral n'a pas entendu réglementer la matière en cause de manière exhaustive ;
– les règles cantonales sont motivées par un intérêt public pertinent ;
– les règles cantonales n'éludent ni ne contredisent le sens ou l'esprit du droit civil fédéral[31].

Ainsi, dans les domaines qui ne sont pas exhaustivement réglementés par le droit fédéral, les cantons, s'ils démontrent un intérêt public pertinent, peuvent édicter des règles qui ne violent ni le sens ni l'esprit du droit fédéral, et qui n'en compromettent pas la réalisation[32].

Le domaine de la santé publique relève principalement du ressort des cantons[33] ; néanmoins, l'on ne saurait en déduire une présomption de compétence en faveur des cantons pour toutes les problématiques touchant au droit de la santé[34]. Ainsi, les cantons ont adopté de la législation de droit public concernant la santé[35], comme c'est le cas de Genève avec la LS.

Cependant, la Confédération dispose également de compétences en matière de santé publique, dont certaines ont une portée pratique importante. La Constitution fédérale contient ainsi plusieurs dispositions lui déléguant certaines compétences globales dans différents domaines spécifiques[36], à savoir les art. 117*a* (soins médicaux de base), 117*b* (soins infirmiers), 118 (protection de la santé), 118*a* (médecines complémentaires), 118*b* (recherche sur l'être humain), 119 (PMA et génie génétique dans le domaine humain), 119*a* (médecine de la transplantation) Cst.[37]. De ce fait, nombre de questions de droit médical sont traitées par des normes constitutionnelles

[31] BOVET / GRODECKI, art. 6 CC nos 5 et 22 ss ; MARTENET, art. 49 Cst. no 32.
[32] ATF 125 I 474, consid. 2a) = SJ 2000 I 369 ; ATF 123 I 313, consid. 2b), JdT 1999 I 300 ; DUBEY, *Libertés*, no 3836.
[33] ATF 140 I 218 consid. 5.4 ; 138 I 435 consid. 3.4.1 ; DONZALLAZ, no 1164.
[34] DONZALLAZ, no 1165.
[35] *Idem*, no 1164.
[36] Rapport 2015, p. 7 ; DONZALLAZ, no 1833.
[37] DONZALLAZ, no 1152.

spécifiques ou générales et la Confédération en fait un usage toujours plus accru[38]. Sur la base de ces dispositions constitutionnelles, la Confédération a notamment adopté des lois dans les domaines suivants[39]: Formation de base et spécialisée dans le domaine des professions des soins médicaux de base et les conditions d'exercice de ces professions (not. LPMéd, LPSan, LPsy) ; Utilisation des agents thérapeutiques et stupéfiants (not. LPTh[40]) ; Transplantation d'organes, de tissus et de cellules (LTransplantation).

La Confédération a en outre légiféré dans le domaine de l'assurance-maladie (not. LAMal, OAMal, OPAS[41]) par le biais de l'art. 117 Cst., lequel lui confère une compétence concurrente non limitée au principe[42]. Toutefois, « la Confédération n'a, en l'état, pas épuisé la matière, si bien que les cantons conservent une compétence résiduelle leur permettant d'adopter des règles autonomes dans certains domaines, qui se déterminent au cas par cas »[43]. On relèvera que les principes de l'efficacité, de l'économicité et de l'adéquation des prestations de soins (cf. notamment art. 32 et 56 LAMal) déterminent l'ensemble du droit de l'AOS et imposent aux différents acteurs, cantons y compris, de prendre, dans le cadre de leurs compétences respectives, des mesures afin de les réaliser. Cela étant, les cantons restent en droit de soumettre les traitements à des limites et contrôles quantitatifs[44].

Quant à l'art. 117*a* Cst., il oblige la Confédération et les cantons à veiller à ce que chacun en Suisse ait accès à des « soins médicaux de base » suffisants et de qualité. Cette notion juridique est indéterminée[45]. Le Message du Conseil fédéral accompagnant la LPSan précise toutefois que selon l'art. 117*a* Cst. « constituent des soins médicaux de base les examens et traitements : 1. qui concernent une atteinte à la santé, y compris une atteinte à une fonction corporelle, qui est susceptible de toucher une part importante de la population ; 2. qui poursuivent le but de prévenir, de diagnostiquer ou de traiter une telle atteinte à la santé, un but de réadaptation ou un

[38] DONZALLAZ, nº 1166.
[39] GUILLOD / ERARD, nº 58.
[40] ATF 138 I 435 consid. 3.4.2.
[41] ATF 140 I 218 consid. 5.6.
[42] DONZALLAZ, nº 1632.
[43] ATF 140 I 218 consid. 5.6 ; DONZALLAZ, nº 1636.
[44] ATF 140 I 218 consid. 5.6.1 et réf. citées.
[45] DONZALLAZ, nº 1830 ; GÄCHTER / RENOLD-BURCH, art. 117*a* Cst. nº 6.

but palliatif consécutivement à une telle atteinte à la santé ; 3. qui sont fournis par des personnes formées à cet effet ; 4. auxquels une part importante des personnes ayant une atteinte à la santé concernée peut accéder ; 5. qui sont fournis sur l'ensemble du territoire suisse ; 6. qui ne font pas partie de la médecine de pointe »[46]. En outre, l'Office fédéral de la santé publique a avancé que les soins médicaux de base « se réfèrent aux besoins courants de la population en matière de traitement, de soins et d'accompagnement. Il s'agit de prestations préventives et curatives, mais aussi de réadaptation et de soins palliatifs. Ce sont là des prestations dont on sait qu'une grande partie de la population ou certains groupes de population y ont recours »[47].

Ainsi, une prestation pourra relever des « soins médicaux de base » au sens de l'art. 117*a* Cst. si, par expérience, elle pourrait être sollicitée de manière régulière, soit par une grande partie de la population, soit par des groupes de population[48]. La portée de cette notion est plus large que celle des « soins médicaux de base » au sens de l'assurance-maladie[49]. Les prestations qui ne sont pas visées sont celles qui sont sollicitées de manière isolée (notamment le traitement de maladie très rares) ou qui, pour d'autres motifs, ne peuvent être proposées que de manière concentrée (notamment hautes exigences techniques ou disponibilité de connaissances spécifiques touchant certains tableaux cliniques)[50].

Par ailleurs, sur la base de l'art. 117*a* al. 2 let. a Cst. relatif à la compétence étendue[51] de la Confédération de légiférer notamment en matière de conditions d'exercice de l'ensemble des professions des soins médicaux de base, la Confédération a adopté la LPMéd, la LPSan ainsi que la LPsy. En effet, la disposition constitutionnelle « donne pleine compétence à la Confédération pour légiférer sur les conditions d'exercice de l'ensemble des professions des soins médicaux de base quelle que soit la forme prise par l'exercice en question »[52]. Ainsi, tant la LPMéd (notamment art. 1 al. 3 let. e et 40 LPMéd) que la LPSan, adoptées sur la base de l'art. 117*a* Cst., règlent de façon

[46] Message LPSan, p. 7984.
[47] OFSP, fiche d'information du 24 février 2014.
[48] Message « Oui à la médecine de famille » p. 6976 ; DONZALLAZ, nº 1831.
[49] KAHIL-WOLFF HUMMER, art. 117*a* Cst. nº 10.
[50] Message « Oui à la médecine de famille » p. 6976 ; DONZALLAZ, nº 1832.
[51] DONZALLAZ, nº 1829.
[52] Message LPSan, p. 7957 ; DONZALLAZ, nº 4953.

exhaustive les droits et devoirs des professionnels visés (art. 40 LPMéd)[53] ainsi que le droit disciplinaire correspondant[54]. Il faut considérer qu'il en va de même s'agissant de la LPsy. Il en découle que la LS, et en particulier l'art. 67A nLS, ne peut s'appliquer que dans la mesure où la LPMéd déléguerait aux cantons d'éventuelles compétences ou ne réglementerait pas un aspect de l'exercice de la profession de façon exhaustif. Cela étant, les normes de droit cantonal ne peuvent s'appliquer que dans la mesure où elles ne contredisent pas le droit fédéral[55].

Parmi les devoirs (art. 40 let. f LPMéd, 16 let. f LPSan, 27 let. e LPsy), figure le respect du secret professionnel (art. 321 CP). Cela étant, une réserve expresse est prévue à l'art. 321 ch. 3 CP. La disposition énonce que demeurent réservées les dispositions de la législation fédérale et cantonale statuant un droit d'aviser une autorité et de collaborer, une obligation de renseigner une autorité ou une obligation de témoigner en justice. L'art. 86 al. 3 LS affirme également que sont réservées les dispositions légales concernant l'obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice. Pour être valables, les réserves au secret professionnel doivent respecter des conditions pour déployer leurs effets[56]. En particulier, elles doivent être énoncées de manière claire[57], mentionner les professions précises auxquelles elles s'appliquent et viser des situations clairement déterminées[58]. En effet, des exceptions formulées de manière trop large seraient disproportionnées et videraient de son sens l'institution du secret médical[59]. Faute de remplir ces conditions, la dérogation légale est inapplicable[60]. En outre, si elle est valable, l'éventuelle extension à d'autres professions du domaine de la santé n'a qu'une portée administrative[61] mais ne peut avoir de portée pénale.

En outre, la Confédération est compétente en matière de produits thérapeutiques (sur la base de l'art. 118 al. 2 let. a Cst. qui vise la protection de la santé). Compte tenu des actes normatifs à la fois denses et détaillés que la Confédération a adoptés en

[53] Message LPSan, pp. 160 et 211 ; ATF 143 I 352 consid. 3.1 ; DONZALLAZ, nº 1172.
[54] ATF 143 I 352 consid. 3.1. Voir également : DONZALLAZ, nº 1172.
[55] DONZALLAZ, nº 4964.
[56] GUILLOD / ERARD, nº 458.
[57] ATF 141 IV 77 consid. 4.4, JdT 2016 IV 6 (trad.) ; arrêt 1B_96/2013 du 20 août 2013 consid. 5.1.
[58] GUILLOD / ERARD, nº 458; DONZALLAZ, nº 6842.
[59] GUILLOD / ERARD, nº 458; DONZALLAZ, nº 6842.
[60] Dans le même sens : GUILLOD / ERARD, nº 458.
[61] DONZALLAZ, nº 6472.

matière de produits thérapeutiques, et sous réserve des compétences que la LPTh délègue aux cantons, on peut retenir que la Confédération a exhaustivement réglementé le domaine des produits thérapeutiques[62]. En outre, on relèvera à ce stade qu'en vertu de l'art. 26 LPTh, les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales doivent être respectées lors de la prescription, de la remise et de l'utilisation de médicaments de même que les principes de la thérapeutique concernée pour ce qui est des médicaments de la médecine complémentaire sans mention de l'indication. Le Conseil fédéral peut préciser ces règles.

2. Les règles générales en matière civile

Aux termes de l'art. 122 Cst., la législation en matière de droit civil et de procédure civile relève de la compétence de la Confédération (al. 1) ; restent compétences des cantons l'organisation judiciaire et l'administration de la justice en matière de droit civil, sauf disposition contraire de la loi (al. 2). La Confédération a ainsi une compétence étendue, globale et peut légiférer de manière exhaustive[63]. Les cantons conservent une compétence législative résiduelle pour les domaines nouveaux qui ne sont pas régis par l'actuelle codification fédérale[64].

Conformément à l'art. 122 al. 1 Cst., en adoptant notamment le CC et le CO, le législateur fédéral a entendu codifier l'ensemble du droit privé, sous réserve des compétences que le droit privé fédéral a expressément laissées aux cantons (voir art. 5 et 6 CC)[65]. Ainsi, la Confédération a légiféré sur des questions essentielles pour les patient·x·e·s notamment dans le CC[66]. On mentionnera à ce titre les dispositions qui ont pour objet l'exercice des droits civils et le discernement (art. 12 ss CC), la protection de la personnalité en droit privé (art. 28 CC) ainsi que le droit de la protection de l'adulte et de l'enfant (art. 307 ss CC), qui traite en particulier de l'autorité parentale (art. 296 ss CC) ou encore de la représentation dans le domaine médical (art. 377 ss CC). Par ailleurs, la relation entre le patient et son médecin privé est d'ordinaire régie

[62] Dans le même sens : HIRSIG-VOUILLOZ, nº 55. Au sujet de la compétence, voir également: GÄCHTER / RENOLD-BURCH, art. 118 Cst. nº 11; KAHIL-WOLFF HUMMER / JOSEPH, art. 118 Cst. nº 8 ss.
[63] AUBERT, art. 122 Cst. nº 3.
[64] PIOTET, art. 122 Cst. nºs 6 et 8.
[65] ATF 143 I 403 consid. 7.3.1.
[66] Rapport 2015, p. 11.

par un contrat de mandat au sens des art. 394 ss CO, aux termes duquel le mandataire assume un devoir d'information[67].

La Confédération a également légiféré s'agissant de l'obligation/droit d'aviser par le biais des art. 314*c* CC et 314*d* CC afin de protéger les enfants concernés en prévoyant un droit d'aviser l'autorité dans les situations où l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'un enfant semble menacée et une réserve au secret professionnel si l'intérêt de l'enfant le justifie, ainsi qu'une obligation d'aviser l'autorité à certaines personnes lorsqu'elles ne sont pas soumises au secret professionnel et lorsque des indices concrets existent que l'intégrité physique, psychique ou sexuelle de l'enfant est menacée et qu'elles ne peuvent pas remédier à la situation dans le cadre de leur activité. Les règles relatives à l'obligation générale d'aviser l'autorité dans le but de prévenir la mise en danger du bien de l'enfant sont ainsi « uniformisées et régissent de manière exhaustive les communications faites aux autorités de protection de l'enfant, de sorte à servir de solution standard dans tous les cantons »[68]. Les cantons ne peuvent ainsi en principe prévoir d'autres obligations d'aviser[69]. Cela étant, dans le domaine de la santé, et à titre d'exception, les cantons peuvent envisager d'en prévoir[70].

Hormis le CC, la Confédération a légiféré dans le domaine de la protection de l'adulte et de l'enfant en matière médicale. À titre d'exemple, bien que la stérilisation soit une mesure médicale, elle a été encadrée juridiquement en raison d'impératifs de protection de l'adulte et de l'enfant qui relèvent du droit privé, codifié en l'espèce par la Confédération[71]. C'est ainsi sur la base de l'art. 122 Cst. que la Confédération a légiféré dans le domaine de la stérilisation par la LSterilisation, interdisant notamment ce type de procédure pour les mineur·x·e·s, tout en prévoyant une exception à certaines conditions (art. 7 LStérilisation)[72].

---

[67] ATF 114 Ia 350 consid. 6.
[68] Message protection de l'enfant, pp. 3126 et 3139 ; DONZALLAZ, nos 6789 et 6805.
[69] Message protection de l'enfant, pp. 3126 et 3139.
[70] *Ibidem*.
[71] Rapport 2015, p. 11 ; DONZALLAZ, no 1157.
[72] Même si cela n'est pas l'objet du présent avis de droit, on relèvera au passage que la mention de dite législation soulève la question de la compatibilité de l'actuel art. 67 LS relatif à la stérilisation des personnes incapables de discernement avec le droit fédéral.

Les cantons ne sauraient donc légiférer en matière civile[73] sauf à invoquer des impératifs de santé publique, domaine dans lequel ils conservent une compétence.

3. L'examen dans le cas concret

L'exposé des motifs du PL 13324 affirme qu'« [i]l est de la responsabilité [du] Grand Conseil de protéger le développement psychique et l'intégrité physique des mineur·x·e·s des conséquences [...] des actes médicaux contraires à la déontologie médicale ou incitant des enfants en recherche de leur identité à subir des actes irréversibles pour leur santé ». Cela étant, il est nécessaire de s'interroger sur dite responsabilité et ainsi sur la répartition des compétences dans le cas d'espèce.

De manière générale, à la lecture du PL 13324, il ressort que des impératifs de protection de l'enfant sont invoqués. Or, comme nous l'avons rappelé (*supra* A/2), en matière civile, les cantons ne peuvent, sauf à invoquer des impératifs de santé publique, pas légiférer. Dans le cas d'espèce, on peut douter qu'il y ait de tels impératifs. L'exposé des motifs ne démontre aucunement en quoi ce serait le cas. En outre, les chiffres connus en la matière ne permettent pas non plus de conclure à un tel impératif[74] et les standards de soins en la matière sont suffisants (on y reviendra *infra* III/E/5).

Ensuite, les dispositions du PL 13324 relèvent également des domaines du médical et de la santé que la Confédération réglemente sectoriellement. Partant, elles risquent d'entrer en collision avec le droit fédéral. Afin de procéder à l'examen délicat de la

[73] La question se pose d'ailleurs actuellement quant à la compétence des cantons et de la Confédération de légiférer en matière de thérapies de conversion (voir not: Motion 22.3889 du 18 août 2022 « Interdire et sanctionner sur le plan pénal les mesures de conversion visant les personnes LGBTQ » ; Postulat 21.4474 du 16 décembre 2021 « Fréquence des thérapies de conversion en Suisse et nécessité de réglementer ces pratiques dans la loi » ; Interpellation 20.3870 du 19 juin 2020 « La Suisse, refuge des "guérisseurs d'homos" » ; Initiatives parlementaires 21.496 et 21.497 du 30 septembre 2021 « Interdiction et pénalisation des thérapies de conversion sur des mineurs et des jeunes adultes » et « Interdiction et pénalisation des thérapies de conversion » ; Initiative parlementaire 21.483 du 16 septembre 2021 « Interdiction des thérapies de conversion sur les mineurs » ; Motion 19.3840 du 21 juin 2019 «Interdiction de "guérir" les mineurs homosexuels » . A Genève, un projet de loi (PL 13327) sur l'interdiction des pratiques visant à modifier ou réprimer l'orientation affective et sexuelle ou l'identité de genre (LIMOIG) (A 2 92) déposé par le Conseil d'Etat devant le Grand Conseil le 10 mai 2023 est actuellement en cours d'examen.

[74] Voir la contribution scientifique du Dr méd. HAARMAN Guillaume, *Rapport sur les soins d'affirmation de genre chez les jeunes transgenres*, et les références citées, remise à la Commission des droits de l'Homme dans le cadre des déterminations sur le PL 13324.

répartition des compétences, il est indispensable de s'arrêter sur l'éventuelle interdiction de chacun des traitements et interventions, ce d'autant plus que, comme nous l'avons vu (*supra* II/B/2), la notion d'intervention et de traitement n'est pas claire dans le projet et il est discutable de savoir quelles sont les interventions et traitements concernés par l'art. 67A nLS.

S'agissant des bloqueurs de puberté, à savoir par exemple le Lucrin® ou le Decapeptyl©, actuellement librement accessibles sur ordonnance ainsi que les traitements hormonaux nécessaires à l'hormonothérapie, tels que l'Œstrogel, l'Estradiol ou le Testoviron, nous pouvons considérer qu'ils entrent dans le champ d'application de l'art. 117*a* Cst., dès lors qu'ils peuvent être sollicités de manière régulière par un groupe de population. En outre, ils sont homologués par la Confédération[75] et sont ainsi régis par la LPTh, domaine réglementé exhaustivement par la Confédération. Le but de la LPTh est notamment de protéger la santé de l'être humain (art. 1 al. 1 LPTh) en prévoyant l'autorisation à certaines conditions de certains produits thérapeutiques dont les bloqueurs de puberté et l'hormonothérapie. Le PL 13324 vise également à protéger la santé, en particulier celle des mineur·x·e·s, cette fois, en interdisant les mêmes traitements de réassignation sexuelle. Dès lors que le but du PL 13324 poursuit un but identique à celui recherché par le droit fédéral, il ne saurait être retenu qu'il peut subsister.

Ainsi, une règlementation cantonale comme l'art. 67A nLS qui interdirait la prescription de bloqueurs de puberté et de traitements hormonaux poserait un problème sous l'angle de l'art. 49 Cst., lequel prévoit que le droit fédéral prime le droit cantonal qui lui est contraire. À cet égard vu les buts identiques et la solution en totale contradiction (autorisation fédérale/interdiction cantonale), une interprétation conforme à la Constitution ne saurait être envisagée. On relèvera encore que la disposition cantonale peut en outre apparaître en porte à faux avec la LAMal qui prévoit la prise en charge de ces médicaments. En outre, le Conseil fédéral a considéré qu'il ne revenait pas au législateur de prendre des décisions pour restreindre l'accès à ces traitements, le

[75] Dans la LMT, on retrouve en particulier l'estradiol (p. 14).

cadre légal étant suffisant notamment s'agissant des professions médicales, des devoirs des médecins et des médicaments[76].

En ce qui concerne les opérations de réassignation sexuelle, respectivement d'assignation sexuelle, de type vaginoplastie/phalloplastie, ou encore celles du torse (ablation des seins ou implantation de prothèses mammaires) ou de la chirurgie de féminisation faciale / la greffe de barbe, le fait de les interdire au niveau cantonal ne pose en soi pas de problème du point de vue de la répartition des compétences. Cela étant, il est intéressant d'examiner si un conflit normatif « pur », à savoir lorsque deux lois traitent du même objet en donnant une solution différente, pourrait être retenu. En effet, l'art. 67A nLS interdisant les opérations dans le but (affiché) de protéger la santé publique et les personnes mineures pourrait entrer en conflit avec la LAMal qui prévoit que les mêmes opérations sont remboursées parce qu'elles sont considérées comme des traitements « efficaces, appropriés et économiques »[77]. Dites normes sont toutes les deux fondées sur l'intérêt de la protection de la santé publique, mais l'une dit qu'un traitement est interdit et l'autre dit que le traitement est « approprié et efficace ». Si l'on retrouve parfois dans la jurisprudence l'évocation de l'ancien critère de 25 ans[78], celui-ci n'est plus du tout applicable en pratique[79] et n'est pas non plus retenu comme critère par les assurances. Mis en relation avec le nouveau droit en matière de changement de sexe qui admet un changement dès l'âge de 16 ans, ou même avant avec le consentement des représentants légaux, ce critère est d'autant moins actuel. Il n'est ainsi pas pertinent et ne devrait pas empêcher de considérer le conflit normatif « pur ». Ainsi, dès lors que l'art. 67A nLS vient interdire une prestation, laquelle est admise et remboursée par la LAMal, il convient de retenir que la règle cantonale a pour effet de contredire le sens et l'esprit du droit fédéral. Il est possible ainsi de considérer que le conflit de normes pur rend inapplicable[80] l'art. 67A nLS. On rappellera par ailleurs que

[76] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ».

[77] PERRENOUD, *Dysphorie de genre*, p. 430.

[78] Arrêt de la CourEDH *Schlumpf c. Suisse* du 8 janvier 2009, req. nº 29002/06, par. 35 et 85. Voir également : GRESET, pp. 21 et 62 ; PERRENOUD, *Dysphorie de genre*, p. 430 et réf. citées. Pour les deux arrêts à l'origine : ATF 114 V 153 consid. 4a) (non publié au JdT) ; ATF 114 V 162 consid. 4 (non publié au JdT).

[79] Voir d'ailleurs : HERTIG RANDALL / CARRON / ZIMMERMANN / VALLIER, p. 95.

[80] Sur les conséquences en cas de pur conflit de normes : DUBEY, *Libertés*, nº 3797.

le Conseil fédéral a considéré qu'il ne revenait pas au législateur de prendre des décisions pour restreindre l'accès à ces opérations, le cadre légal étant suffisant notamment s'agissant des professions médicales et des devoirs des médecins[81].

L'art. 67A nLS vise également à interdire la promotion et la facilitation d'accès (al. 2) et à sanctionner les professionnel·x·le·s de la santé qui prescriraient ou administreraient un traitement ou réaliseraient une intervention (al. 3). Or, nous l'avons vu (*supra* III/A/1), tant la LPMéd que la LPSan, adoptées sur la base de l'art. 117*a* Cst., règlent de façon exhaustive les devoirs des professionnels visés[82] ainsi que le droit disciplinaire correspondant[83]. L'adoption de l'art. 67A al. 2 et 3 nLS reviendrait dès lors à violer la primauté du droit fédéral (art. 49 Cst.).

On relèvera au surplus que le Tribunal fédéral a considéré qu'un professionnel soumis à la LPMéd ne peut être sanctionné, au regard de la primauté du droit fédéral, qu'aux mesures disciplinaires de l'art. 43 LPMéd et non à celles prévues par une disposition cantonale vaudoise[84]. L'exposé des motifs du PL 13324 prévoyant que les sanctions prévues sont celles du chapitre XI relatif aux « Mesures administratives et sanctions » de la LS, il n'y a aucun renvoi au droit disciplinaire fédéral. Aussi, le fait de sanctionner sur une base cantonale, des professionnel·x·le·s soumis au droit disciplinaire fédéral (art. 43 LPMéd, art. 19 LPSan, art. 30 LPsy) viole le droit fédéral[85].

L'art. 67A nLS prévoit en outre une obligation de dénonciation (al. 4). Comme exposé (*supra* III/A/2), la Confédération a déjà légiféré de manière exhaustive la matière par le biais des art. 314*c* CC et 314*d* CC. Cela étant, dans le domaine de la santé, les cantons peuvent envisager de prévoir des obligations d'aviser[86]. Toutefois, l'art. 67A al. 4 nLS prévoit une obligation d'aviser qui va bien au-delà du seul domaine de la santé, en particulier, si l'on s'intéresse aux professionnel·x·le·s concerné·x·e·s dont le

[81] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 « Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés ? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées ? ».
[82] Message LPSan, pp. 160 et 211 ; ATF 143 I 352 consid. 3.1 ; DONZALLAZ, nº 1172..
[83] ATF 143 I 352 consid. 3.3 ; DONZALLAZ, nº 4957.
[84] ATF 143 I 352 consid. 3.5.
[85] Voir : ATF 143 I 352 consid. 3.5.
[86] Message protection de l'enfant, pp. 3126 et 3139.

champ d'application paraît vaste, voire infini, et si l'on prend en compte le fait qu'il n'y a pas de pesée des intérêts comme condition avec une prise en compte de la mise en danger du bien de l'enfant du point de vue de sa santé. Dès lors, l'adoption de l'art. 67A al. 4 nLS reviendrait à violer la répartition des compétences ainsi que le droit fédéral, lequel prime (art. 49 Cst.).

S'agissant du secret professionnel, l'art. 67A al. 4 nLS pourrait constituer une exception au sens de la réserve de l'art. 321 ch. 3 CP qui prévoit que demeurent réservées les dispositions de la législation fédérale et cantonale statuant un droit d'aviser une autorité et de collaborer, une obligation de renseigner une autorité ou une obligation de témoigner en justice. Il s'agit ainsi d'examiner si dite exception remplit les conditions (*supra* III/A/1) pour être valable. On rappellera qu'elles doivent être énoncées de manière claire[87], mentionner les professions précisent auxquelles elles s'appliquent et viser des situations clairement déterminées[88]. Dans le cadre de l'examen de la terminologie du projet PL 13324 (*supra* II/B/6), nous avons examiné celle de l'art. 67A al. 4 nLS qui prévoit une obligation (et non une possibilité) de dénoncer. Nous avons relevé à quel point les termes de « professionnels » et « notamment » étaient problématiques. Nous avons avancé qu'en somme, tout professionnel·x·le·s peut être concerné·x·e·s. La formulation est ainsi bien trop large et imprécise. De plus, nous avons également établi que les situations concernées n'étaient pas clairement déterminées. Au vu de ce qui précède, l'art. 67A al. 4 nLS en tant que réserve ne saurait être considéré comme valable.

Enfin et de manière générale, on soulignera qu'en réponse à deux interpellations, le Conseil fédéral a dernièrement rappelé la compétence des cantons de surveiller le respect des règles légales notamment en matière d'exercice des professions médicales, d'acte médical inapproprié, de consentement et de représentation, mais non de légiférer dans le domaine des soins de santé aux personnes transgenre[89].

---

[87] ATF 141 IV 77 consid. 4.4, JdT 2016 IV 6 (trad.) ; arrêt 1B_96/2013 du 20 août 2013 consid. 5.1.
[88] GUILLOD / ERARD, nº 458; DONZALLAZ, nº 6842.
[89] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ».

B. Les obligations générales de la République et du canton de Genève en matière de droits fondamentaux (bref rappel)

1. De par le droit fédéral

D'emblée, il faut rappeler que quiconque assume une tâche de l'État, y compris les autorités législatives qui adopte des règles de droit applicable, est tenu de respecter les droits fondamentaux, et donc en particulier la liberté personnelle (art. 10 al. 2 Cst.), la protection de la sphère privée (art. 13 Cst.) la protection spécifique du développement des enfants (art. 11 Cst.), le droit d'accès égal aux soins et l'interdiction de discrimination (art. 8 Cst.), la liberté d'opinion, d'information et d'expression (art. 16 Cst.) ainsi que de contribuer à leur réalisation (art. 35 al. 2 Cst.), étant rappelé que ces droits doivent également être assurés du point de vue international, en particulier au regard des art. 8 et 14 ainsi que 10 CEDH.

Le législateur cantonal doit ainsi prendre en compte certains principes fondamentaux, qui figurent tant dans la Constitution fédérale que dans le droit international contraignant pour la Suisse (voir également art. 5 al. 2 Cst. qui prévoit que la Confédération et les cantons respectent le droit international)[90]. « Il en va de même pour les exigences relevant du droit civil qui, dans la mesure où elles expriment des principes généraux du droit, valent également pour les domaines régis par le droit cantonal »[91].

Le législateur cantonal doit en particulier veiller à tenir compte du développement de l'enfant lorsqu'il adopte des règles et ne peut s'en tenir à une interdiction généralisée pour les personnes mineures sans faire une évaluation détaillée de l'intérêt de l'enfant et sans distinguer les enfants capables de discernement de ceux incapables de discernement[92]. La collectivité doit en outre s'abstenir de toute atteinte à la liberté

[90] Rapport 2015, p. 7.
[91] *Ibidem*.
[92] Voir notamment DUBEY, *Libertés*, n° 1702 qui donne l'exemple d'une jeune fille de 16 ans qui doit pouvoir se prévaloir avec conscience et volonté du droit de faire pratiquer une interruption volontaire de grossesse, tel que l'art. 10 al. 2 Cst. le protège dans la limite de l'art. 119 CP.

personnelle[93] et de toute discrimination, doit protéger contre la discrimination et éliminer toute discrimination structurelle[94].

En outre, l'art. 67 Cst. est le pendant de l'art. 11 Cst.[95] et pose le principe général[96] en vertu duquel dans l'accomplissement de leurs tâches, la Confédération et les cantons tiennent compte des besoins de développement et de protection propres aux enfants et aux jeunes.

Avec le projet PL 13324, le législateur cantonal semble n'avoir pas tenu compte de ses obligations découlant du droit fédéral et néglige de protéger les droits fondamentaux des personnes mineures concernées, au vu des multiples violations relevées dans l'examen de l'art. 67A nLS (*infra* IV).

2. De par le droit cantonal

L'art. 41 Cst. GE garantit la mise en œuvre des droits fondamentaux. L'al. 1 prévoit que les droits fondamentaux doivent être respectés, protégés et réalisés dans l'ensemble de l'ordre juridique. L'al. 2 rappelle que quiconque assume une tâche publique est tenu de respecter, de protéger et de réaliser les droits fondamentaux.

L'art. 207 al. 1 Cst GE précise en outre que l'État met en œuvre une politique de la jeunesse qui tient compte des besoins et intérêts des enfants et des jeunes, notamment dans le domaine de la santé. Par ailleurs, l'art. 220 al. 1 Cst. GE précise que l'État reconnaît l'importance d'une information diversifiée.

En outre, en plus de toutes les cautèles prévues dans la LS, par exemple par le biais de l'art. 46 LS relatif au choix libre et éclairé de la personne capable de discernement, l'art. 4 LS rappelle les obligations de l'État en matière de santé.

[93] DUBEY, *Libertés*, nº 1385.
[94] Postulat 12.3543 du 14 juin 2012 « Rapport sur le droit à la protection contre la discrimination ». Voir également : Rapport droit à la protection, p. 1 ss.
[95] GAVILLET, art. 11 Cst. nº 4.
[96] DUBEY, *Libertés*, nº 1677.

Enfin, la LED et la LED-Genre donnent un cadre légal à l'État en matière d'égalité et de lutte contre les discriminations liées au sexe et au genre. En particulier, l'État est tenu notamment de veiller au respect en droit et en fait, des principes énoncés par l'art. 1 al. 2 LED-Genre ainsi que les principes et exigences posées par la loi générale (art. 1 al. 3 LED-Genre) et de veiller à ce que toute personnes soit respectée et considérée selon son identité de genre ou son expression de genre.

Avec le projet PL 13324, le législateur paraît également n'avoir pas tenu compte de ses obligations découlant du droit cantonal et néglige de protéger les droits fondamentaux des personnes mineures concernées, au vu des multiples violations relevées dans l'examen de l'art. 67A nLS (*infra* IV).

IV. L'autodétermination et la protection en matière médicale des mineur·x·e·s concerné·x·e·s

A. Les droits fondamentaux de l'enfant

1. Le droit à la sphère privée et l'identité de genre

Le droit au respect de la sphère privée (à comprendre de façon large) et au respect de la vie privée, sont garanti par l'art. 8 CEDH[97] ainsi que par les art. 10 et 13 Cst.[98] ainsi que l'art. 21 Cst. GE. En outre, l'art. 17 Pacte ONU II dispose notamment que nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée. À toutes fins utiles, précisons que l'art. 8 CEDH (droit à la vie privée et familiale) connaît un champ d'application matériel étendu, couvrant ainsi aussi bien des aspects liés à la sphère privée et vie privée et familiale (correspondant à l'art. 13 Cst.) que des aspects en lien avec la liberté personnelle (relevant de l'art. 10 Cst. en droit interne).

Le principe 6 de Jogjakarta relatif au droit à la vie privée prévoit notamment que « le droit à la vie privée comprend normalement le choix de divulguer ou non des informations liées [...] à son identité de genre, ainsi qu'à ses décisions et ses choix

[97] Notamment : Arrêt CourEDH *Y c. France* du 31 janvier 2023 req. nº 76888/17 par. 75; *Haas c. Suisse* du 20 janvier 2011, req. nº 31322/07, par. 50 ; *B c. France* du 25 mars 1992, req. nº 13343/87 par. 63.
[98] HERTIG RANDALL / MARQUIS, art. 13 Cst. nº 6 ; RECHER, *Personnes transgenres*, nº 17 ; REICHLIN, p. 724.

concernant aussi bien son propre corps […] ». S'agissant des mesures à prendre par les États pour se conformer à cette norme, il est expressément prévu à la lettre D. que les États devront « [a]broger toute loi qui interdit ou criminalise l'expression de l'identité de genre, […], ou qui refuse aux individus la possibilité de changer leur corps, comme moyen d'exprimer leur identité de genre ».

Ainsi, la protection de l'identité de genre et la transidentité[99], tout comme de l'identité sexuelle, des aspects essentiels de l'existence d'une personne qu'elle soit mineure ou majeure, et de l'épanouissement personnel[100], font partie du droit au respect de la vie privée[101]. L'identité de genre est comprise dans les domaines les plus intimes de la vie privée[102]. L'autonomie personnelle est également un principe important[103]. Parmi les fondements élémentaires de l'autodétermination figure la liberté individuelle de se définir selon son identité de genre[104].

Il en découle le droit à la détermination de son propre corps, et de sa propre intégrité, ce qui comprend le droit de déterminer ses modifications corporelles importantes, ainsi que son identité de genre[105]. Sur le plan cantonal, l'art. 9 al. 2 LED-Genre prévoit que le droit au respect de la sphère privée concernant les données relatives au sexe enregistré à la naissance et au processus de transition est garanti.

L'art. 8 CDE protège par ailleurs l'identité de l'enfant, y compris des enfants transgenres[106] et intersexes, le respect de celle-ci, et le maintien de celle-ci[107] et l'art. 12 CDE garantit à l'enfant le droit d'exprimer son opinion, eu égard à son âge et à son degré de maturité.

---

99 REICHLIN, p. 724.
100 *Ibidem*.
101 Guide CEDH, nos 39 ss et 55 ss ainsi que toute la jurisprudence topique mentionnée ; HERTIG RANDALL / MARQUIS, art. 13 Cst. no 8 ; RECHER, *État des lieux*, p. 28.
102 Arrêt CourEDH *Van Kück c. Allemagne* du 12 juin 2003, req. no 35968/97, par. 56.
103 Arrêt CourEDH *Y c. France* du 31 janvier 2023 req. no 76388/17 par. 75 et réf. citées
104 Arrêt de la CourEDH *Schlumpf c. Suisse* du 8 janvier 2009, req. no 29002/06, par. 115 ; *Y.Y. c. Turquie* du 10 mars 2015, req. no 14793/08, par. 100 ss ; *Van Kück c. Allemagne* du 12 juin 2003, req. no 35968/97, par. 73 ; RECHER, *Personnes transgenres*, no 18.
105 BALZARETTI, p. 144.
106 SANDBERG, p. 348.
107 *Idem*, p. 348 ss.

Enfin, toute restriction au droit à la vie privée, comprenant le droit à l'autodétermination et la protection de la transidentité (au sens des art. 10 et 13 Cst., art. 21 Cst. GE ainsi que 8 CEDH) doit remplir les conditions de l'art. 36 Cst.[108] et 43 Cst. GE mais également de l'art. 8 par. 2 CEDH, examen auquel nous procéderons (*infra* III/E).

Au surplus, on relèvera encore que la dignité humaine (art. 7 Cst., art. 14 al. 1 Cst. GE et art. 3 CEDH) « est la base même de l'autonomie individuelle »[109] et les autres droits fondamentaux concourent à la protéger[110].

2. La liberté personnelle ainsi que l'intégrité physique et psychique

L'art. 10 al. 2 Cst. prévoit le respect du droit à la liberté personnelle, dont le/la mineur·x·e est titulaire (avec la garantie auxiliaire de l'art. 11 Cst.[111]), comme tout autre individu[112]. Il s'agit d'une garantie générale et subsidiaire, qui est invoquée lorsqu'aucun autre droit constitutionnel écrit ou non écrit n'entre en considération[113]. Dans le domaine médical, la liberté personnelle prend toute son importance. Cette disposition concerne notamment le droit à l'autodétermination dans le domaine médical[114]. L'autonomie qui découle de la liberté personnelle s'oppose à la soumission de la personne aux décisions de l'État, faisant parfois preuve de paternalisme médical, qui serait mieux placé qu'elle pour décider de son bien[115]. La liberté personnelle est pertinente pour la question d'une interdiction d'un traitement médical pour les mineur·x·e·s[116]. Sur le plan cantonal, la liberté personnelle est également garantie par l'art. 20 Cst. GE.

---

[108] RECHER, *Personnes transgenres*, nº 19.
[109] DUBEY, *Libertés*, nº 1150.
[110] *Ibidem*.
[111] GAVILLET, art. 11 Cst. nº 10.
[112] MAHON, art. 10 Cst. nº 6.
[113] DUBEY, *Libertés*, nºs 1342 et 1390 ; HERTIG RANDALL / MARQUIS, art. 10 Cst. nº 3.
[114] Le Tribunal fédéral a d'ailleurs d'ores et déjà examiné certaines réglementations médicales au regard de la liberté personnelle : ATF 119 IA 466 et 115 Ia 234 (procréation médicalement assistée) ainsi que 123 I 112 (transplantation d'organe).
[115] DONZALLAZ, nº 1222; THOMMEN, p. 125.
[116] Au passage, on souligne que l'art. 10 al. 2 Cst. est également la disposition à examiner s'agissant des modalités administratives et financières en cas de changement de sexe (DUBEY, *Libertés*, nº 1427).

L'art. 10 al. 2 Cst. protège par ailleurs le droit à l'intégrité physique et psychique, composante intégrante de la liberté personnelle[117]. La protection de l'intégrité physique et psychique découle également des art. 3 et 8 CEDH ainsi que de l'art. 18 al. 1 Cst. GE. Précisons que toute intervention médicale est constitutive d'une atteinte de l'intégrité physique, voire psychique, d'une personne[118] et doit par conséquent respecter les conditions de restriction de l'art. 36 Cst. pour ne pas en constituer une violation. De plus, les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité (art. 11 al. 1 Cst.)[119] et l'art. 9 al. 3 LED-Genre prévoit un droit au respect de l'intégrité corporelle, physique et psychique des personnes transgenres et des personnes intersexes. Les art. 27 ss CC viennent consolider le droit et protègent tous les attributs essentiels de la personne humaine, y compris l'intégrité corporelle. Il en va de même du droit pénal aux art. 111 ss CC et en particulier à l'art. 122 CP relatif aux lésions corporelles.

En conséquence de ce qui précède, le droit fondamental de choisir une intervention sur son propre corps découle de la liberté personnelle (au sens de l'art. 10 al. 2 Cst.[120] et 20 Cst. GE) ainsi que des droits de la personnalité (art. 28 CC). L'on précisera que la reconnaissance de l'identité de genre étant une composante centrale de la protection constitutionnelle de la personnalité, il en ressort une obligation positive pour l'État, notamment en exigeant que les opérations de réassignation sexuelles ne soient pas soumises à des entraves excessives[121].

Toute restriction à la liberté personnelle doit remplir les conditions de restriction des droits fondamentaux, prévues respectivement aux art. 36 Cst.[122] et 43 Cst. GE ainsi que 8 par. 2 CEDH, examen auquel nous procéderons (*infra* III/E).

---

[117] DUBEY, *Libertés*, nº 1280 ; HERTIG RANDALL / MARQUIS, art. 10 Cst. nºs 3 et 37 ; MAHON, art. 10 Cst. nº 16.
[118] HERTIG RANDALL / MARQUIS, art. 10 Cst. nº 38.
[119] GAVILLET, art. 11 Cst. nº 16.
[120] HERTIG RANDALL / MARQUIS, art. 10 Cst. nº 45.
[121] Arrêt de la CourEDH *Schlumpf c. Suisse* du 8 janvier 2009, req. nº 29002/06, par. 115 ; *Y.Y. c. Turquie* du 10 mars 2015, req. nº 14793/08, par. 100 ss ; HERTIG RANDALL / MARQUIS, art. 10 Cst. nº 82 s.
[122] RECHER, *Personnes transgenres*, nº 19.

Au surplus, on rappellera encore que l'incongruence de genre est reconnue comme une maladie satisfaisant aux critères de l'art. 3 LPGA[123]. Les traitements hormonaux et les interventions de réassignation sexuelle sont en principe pris en charge par l'AOS pour autant qu'ils remplissent les conditions de l'art. 32 al. 1 LAMal à savoir les critères d'efficacité, d'économicité et du caractère approprié, respectivement l'AI pour l'intersexuation[124].

3. Le principe de la primauté du bien de l'enfant

Les enfants et les jeunes ont des intérêts spécifiques qui méritent d'être protégés[125]. Plusieurs dispositions, tant en droit international que fédéral, rappellent la primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant (art. 3 CDE, art. 11 Cst. notamment). La prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale[126].

L'art. 11 Cst. est une disposition spécifique, parmi les droits fondamentaux, relative au respect de la protection des enfants et des jeunes et qui vient renforcer la garantie de la liberté personnelle de l'art. 10 al. 2 Cst.[127] ainsi que celle de la sphère privée de l'art. 13 Cst. (*supra* IV/A 1 et 2). Cette disposition prévoit que les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité et à l'encouragement de leur développement (« en tant qu'accession de l'enfant à l'état adulte »[128]) (al. 1) et qu'ils exercent eux-mêmes leurs droits dans la mesure où ils sont capables de discernement (al. 2). L'art. 11 al. 2 Cst. a ainsi pour but de garantir la sphère d'autonomie individuelle des enfants capables de discernement en les protégeant des immixtions de l'État, grâce au critère individuel et concret de la capacité de discernement, étant précisé que celui de la majorité est trop général et abstrait[129].

---

123 ATF 114 V 153 consid. 2b (non publié au JdT); BERTHOLET / SHEYBANI, p. 207 ; PERRENOUD, art. 3 LPGA nº 17.
124 Réponse du CF à l'interpellation 17.3032 du 28 février 2017 « Garantir les droits des personnes transgenres » ; CNE intersexualité, p. 17 ss ; PERRENOUD, art. 3 LPGA nº 25. Voir également : Interpellation 17.3032 du 28 février 2017 « Garantir les droits des personnes transgenres » ; TRAUB, art. 3 LPGA nº 43.
125 DUBEY, *Libertés*, nº 1670.
126 GAVILLET, art. 11 Cst. nº 9. Voir également : Résolution 2048, ch. 6.2.5.
127 DUBEY, *Libertés*, nºs 1695 et 1697.
128 *Idem*, *Libertés*, nº 1711 ; GAVILLET, art. 11 Cst. nº 6.
129 DUBEY, *Libertés*, nº 1727.

Sur le plan cantonal, l'art. 23 al. 1 Cst. GE rappelle que les droits fondamentaux de l'enfant doivent être respectés. L'art. 23 al. 2 Cst. GE dispose en outre que l'intérêt supérieur de l'enfant et son droit d'être entendu sont garantis pour les décisions ou procédures le concernant. Cette disposition consacre des droits subjectifs[130].

Comme l'a rappelé le CF s'agissant de la situation des jeunes transgenres, les médecins doivent agir en premier lieu dans l'intérêt de l'enfant[131]. Ce dernier doit être pris en compte pour toute décision.

Le bien de l'enfant doit être déterminé, autant que possible, en référence aux intérêts présents de celui-ci, à savoir au moment de son évaluation, aussi bien qu'à ceux, anticipés, du/de la futur·e adulte[132]. Il faut ainsi tenir compte des circonstances de vie de l'enfant, y compris de son environnement familial, social et culturel[133]. S'agissant des mineur·x·e·s transgenres, les traitements et opérations de réassignation sexuelle peuvent s'avérer nécessaires pour protéger la santé des mineur·x·e·s concerné·x·e·s. En particulier, l'accès à un traitement de réaffirmation de genre et des soins médicaux respectueux indique une diminution claire, voire une résolution, de la souffrance psychologique et mentale[134]. La protection de l'enfant veut ainsi qu'il ait accès aux soins dont il a besoin.

En revanche, s'agissant des mineur·x·e·s intersexes incapables de discernement, les opérations d'assignation sexuelle entreprises uniquement dans le but d'intégrer l'enfant dans son environnement familial et social sont contraires au bien de l'enfant[135]. La personne intersexe doit pouvoir bénéficier d'une opération d'assignation sexuelle, voire de réassignation, si celle-ci est dans son seul et unique intérêt.

---

[130] *Idem*, *Libertés*, nº 1678.
[131] Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ».
[132] CNE intersexualité, p. 13.
[133] *Idem*, p. 14.
[134] MAVROMATI, pp. 24 et 27 s. ainsi que réf. citées ; WAHLEN et al., p. 791 et réf. citées. Voir en outre, la contribution scientifique du Dr méd. HAARMAN Guillaume, *Rapport sur les soins d'affirmation de genre chez les jeunes transgenres*, et les références citées, remise à la Commission des droits de l'Homme dans le cadre des déterminations sur le PL 13324.
[135] CNE intersexualité, p. 14 s.

Enfin, l'art. 11 Cst., en tant que garantie auxiliaire[136], ne peut faire l'objet de restrictions proprement dites, de sorte qu'il ne sera pas examiné séparément des autres droits fondamentaux avancé ci-dessus (*supra* IV/A) et traité ensuite sous l'angle des art. 36 Cst.[137] et 43 Cst. GE (*infra* III/E).

4. Le droit à un accès égal aux soins et l'interdiction de discrimination

Selon l'art. 3 Convention d'Oviédo (instrument ratifié par la Suisse et contraignant qui la lie) relatif à l'accès équitable aux soins de santé, les Parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée. L'art. 24 CDE assure en outre le droit à l'accès aux soins des enfants.

L'art. 14 CEDH concerne l'interdiction de discrimination et prévoit en particulier que la jouissance des droits et libertés reconnus dans la CEDH, notamment l'art. 8 CEDH, doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe ou toute autre situation. La combinaison de ces dispositions légales consacre notamment le principe de l'interdiction des discriminations fondées sur le mode de vie[138]. L'accès à certains soins entre dans le champ d'application de l'art. 8 CEDH, qui combiné à l'art. 14 CEDH garantit une égalité d'accès aux soins[139]. On notera que le droit d'accès à certains soins peut également être tiré de la liberté personnelle (au sens de *supra* IV/A/2)[140].

L'interdiction de la discrimination en lien avec l'accès aux soins (à distinguer du droit à la prise en charge par l'AOS[141]) découle également du droit à l'égalité de traitement et de l'interdiction des discriminations prévue au plan constitutionnel fédéral (art. 8 Cst.), et cantonal (art. 15 al. 2 Cst. GE). L'art. 8 al. 2 Cst. prévoit en particulier que nul

[136] GAVILLET, art. 11 Cst. nº 10.
[137] DUBEY, nº 1722.
[138] Réponse du CF à l'interpellation 17.3032 du 28 février 2017 « Garantir les droits des personnes transgenres » ; REICHLIN, p. 725.
[139] GUILLOD / ERARD, nº 330.
[140] *Idem*, nº 331. Voir not. ATF 115 Ia 234 consid. 5*a*, JdT 1991 I 194 (trad.).
[141] A ce sujet : GUILLOD / ERARD, nº 329.

ne doit subir de discrimination du fait notamment de son sexe, de son âge, de son mode de vie, ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique. L'art. 8 al. 2 Cst. protège également contre toute discrimination fondée sur la transidentité, critère qui peut être rattaché au sexe[142] ou au mode de vie[143]. Comme l'affirment DUPONT / BURGAT / HOTZ / LÉVY, « [c]ette disposition constitutionnelle ne crée pas un droit d'accès aux soins mais un droit à un accès égal aux soins pour tous et toutes en est déductible »[144].

Les principes de Jogjakarta, bien que relevant uniquement du *soft law*, réaffirment et concrétisent cette interdiction des discriminations pour ce qui concerne les personnes LGBTIQ. Le principe 17 de Jogjakarta prévoit en particulier que toute personne a droit au plus haut niveau possible de santé physique et mentale, sans discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre (à mettre en relation avec le principe 2 relatif aux droits à l'égalité et à la non-discrimination). La recommandation G rappelle spécifiquement aux États de faciliter l'accès des personnes désireuses de subir des modifications corporelles liées à une réassignation de sexe, à un traitement, des soins et un soutien compétent et non discriminatoire.

Sur le plan cantonal, l'art. 42 LS prévoit que toute personne a droit aux soins (au sens de l'art. 2 al. 2 LS) qu'exige son état de santé à toutes les étapes de la vie, dans le respect de sa dignité et, dans la mesure du possible, dans son cadre de vie habituel. On soulignera en outre et on rappellera que la LED et la LED-Genre visent à assurer l'égalité et à lutter contre les discriminations liées au sexe et au genre.

En matière d'accès aux soins, le principe de l'interdiction des discriminations signifie que nul ne doit être désavantagé sur la base d'une caractéristique protégée, par exemple en raison de sa transidentité. Le principe de l'égalité de traitement, quant à lui, impose de manière générale de traiter de manière semblable les personnes placées dans une situation semblable (différences insoutenables), et de manière

[142] Arrêt 145 II 153 consid. 4.3.6 ; JdT 2020 I 22 (trad.).
[143] MARTENET, art. 8 Cst. nº 78.
[144] DUPONT / BURGAT / HOTZ / LÉVY, p. 19 et réf. citée.

différente les personnes placées dans une situation différente (assimilations insoutenables)[145].

Le projet PL 13324 prévoit une interdiction globale sans distinction des situations entre les personnes mineures capables de discernement par rapport à celles incapables de discernement. Ce faisant, le projet traite de façon identique des personnes dans une situation différente. Ainsi, en l'espèce, le fait de traiter de manière identique les personnes mineures capables de discernement et celles qui ne le sont pas, est, comme on le verra, constitutif d'une assimilation insoutenable (*infra* III/E/9).

5. Le droit à la liberté d'opinion, d'information et d'expression

Comme cela a déjà été exposé, l'art. 67A al. 2 LS est contraire au but de la loi (*supra* II/A/2) et sa formulation est discutable (*supra* II/B/3).

La liberté d'expression est garantie par le biais de l'art. 16 Cst. relatif à la liberté d'opinion et la liberté d'information et l'art. 26 Cst. GE qui concerne la liberté d'opinion et d'expression ainsi que l'art. 28 Cst. GE qui assure le droit à l'information, mais aussi par les art. 10 CEDH et 19 Pacte ONU II. Celle-ci comprend le droit d'émettre et de recevoir des informations ainsi que le droit de s'informer auprès des sources généralement accessibles[146]. La protection garantie par la liberté d'expression n'accorde pas de différence entre l'opinion et l'information[147] ; elle est large et l'opinion vise « non seulement les résultats de processus de pensée et les convictions rationnelles susceptibles d'être comprises et communiquées, comme des prises de position, des jugements de valeur, des points de vue, des avis, conceptions ou autres, mais également l'activité artistique et ses produits »[148]. De plus, tous les vecteurs de communication sont protégés, que ce soit par oral ou par écrit ou encore par le geste[149]. Toute personne physique, y compris mineure dans la mesure où elle est capable de discernement, ainsi que toute personne morale, comme les associations à

[145] ATF 118 Ia 1, consid. 3a, JdT 1994 I 159 (rés.) ; DUBEY, *Libertés*, nº 3161 s. ; MARTENET, art. 8 Cst. nº 32.
[146] MAHON, nº 96.
[147] *Idem*, nº 98.
[148] ATF 117 Ia 472 consid. 3c = JdT 1993 IV 192.
[149] DUBEY, *Libertés*, nº 2073 ss ; MAHON, nº 98.

but idéal ou encore les sociétés à but commercial, sont titulaires des libertés en matière de communication[150].

L'art. 67A al. 2 nLS interdit la promotion des pratiques correspondant à des interventions de réassignation sexuelle, voire à des traitements de réassignation sexuelle. S'agissant de l'enfant, celui-ci ne recevant plus d'informations quant aux interventions de réassignation sexuelle, il se retrouve être touché dans sa liberté d'opinion, d'information et d'expression. Le comportement consistant à recevoir une information, ou une opinion, est protégé, tout comme le droit de se procurer des informations[151]. L'enfant doit également pouvoir se former une opinion ainsi que la répandre. Son droit à la liberté d'opinion, d'information et d'expression est ainsi atteint. Il s'agit donc de vérifier si la restriction respecte les conditions des art. 36 Cst. et 43 Cst. GE ainsi que 10 par. 2 CEDH, dont l'application doit être restrictives s'agissant de telles libertés étant donné que la liberté d'opinion, d'information et d'expression revêtent elles-mêmes un intérêt public[152]. Nous y reviendrons (*infra* E).

Cette interdiction peut, à plus forte raison, toucher toute personne susceptible d'être considérée comme faisant de la « promotion », terme qui, rappelons-le, est vague et mal circonscrit (*supra* II/B/3), et ainsi atteindre sa liberté d'opinion, d'information et d'expression, tout comme toutes les personnes susceptibles de les recevoir, comme les parents des personnes mineures concernées. Comme annoncé au titre de délimitation (*supra* I/B), nous ne traiterons pas plus en détail de cette problématique vis-à-vis de ces personnes. Cela étant, une violation de la liberté d'opinion, d'information et d'expression de ces personnes en contrariété aux conditions de l'art. 36 Cst. et 43 Cst. GE ainsi que de l'art. 10 par. 2 CEDH n'est pas exclue et paraît même, selon toutes vraisemblances, probable.

[150] DUBEY, *Libertés*, nº 2055 ss.
[151] *Idem*, *Libertés*, nº 2112 ss.
[152] *Idem*, *Libertés*, nº 2269.

6. La protection de la sphère privée par le biais du secret médical et du secret professionnel

La protection du secret médical découle des art. 8 CEDH relatif au droit au respect de la sphère privée, ainsi que de l'art. 17 Pacte ONU II mais également de l'art. 10 Convention d'Oviédo qui prévoit que toute personne a droit au respect de sa vie privée s'agissant des informations relatives à sa santé. Sur le plan constitutionnel, la protection du secret médical est essentiellement déduite de l'art. 13 Cst. (mais également de l'art. 21 Cst. GE) qui protège la sphère privée.

Sous l'angle privé, le secret médical vise aussi bien à protéger la sphère privée (ou intime, ou encore la santé) du/de la patient·x·e transgenre ou intersexe qu'à protéger le lien de confiance existant entre médecin et dit·x·e patient·x·e[153]. Il est essentiel pour l'enfant concerné de pouvoir se confier, transmettre les informations importantes sur sa santé et avoir confiance dans le fait que les informations qu'il aura donné aux professionnel·x·le·s ne seront pas dévoilées. En particulier, s'il est capable de discernement, l'enfant doit pouvoir compter sur le fait que ses informations médicales ne seront pas divulguées à ses représentant·x·e·s légaux·ales sans son accord[154], ni à toute autre personne. Il est également maître du secret au sens pénal du terme et le/la médecin avec qui il échange est tenu au secret professionnel au sens de l'art. 321 CP (*infra* V/A/1)[155].

Sous l'angle public, le secret médical vise à protéger et promouvoir la santé publique, en contribuant à renforcer la confiance du public envers le corps médical et les services de santé en général, ainsi qu'à assurer certains aspects de la sécurité publique[156].

Or, l'art. 67A al. 4 nLS prévoit une obligation d'aviser une autorité étatique, pour tous les professionnel·x·le·s œuvrant, notamment, dans le domaine de l'éducation, de la santé, du social, du sport ou des activités jeunesse. Une telle disposition, qui incite à la délation, restreint le droit à l'enfant au respect de sa sphère privée. Il s'agira

[153] ATF 141 IV 177 consid. 4.4, JdT 2016 IV 6 (trad.). Voir également : DONZALLAZ, nº 6304; GUILLOD / ERARD, nº 416.
[154] GUILLOD / ERARD, nº 447.
[155] BÜCHLER / MICHEL, p. 108.
[156] GUILLOD / ERARD, nº 416.

d'examiner si cette restriction remplit les conditions des art. 36 Cst., 43 Cst. GE et 8 al. 2 CEDH (*infra* IV/E).

B. La concrétisation des droits fondamentaux de l'enfant en droit civil

1. Le droit de consentir aux traitements

Le consentement libre et éclairé est déduit directement du droit du/de la patient·x·e à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle (*supra* IV/A/2)[157].

En dehors de certains cas d'urgence médicale, seul le consentement[158] du/de la patient·x·e·s, respectivement des représentant·x·e·s légaux·ales, permet de justifier les actes qui atteignent l'intégrité corporelle (au sens de l'art. 10 al. 2 Cst.)[159]. Le consentement libre et éclairé est donc la limite et la base de toute intervention médicale[160]. La nécessité de recueillir le consentement libre et éclairé du/de la patient·x·e·s préalablement à toute intervention est reconnue dans de multiples textes internationaux (notamment art. 5 Convention d'Oviédo ; art. 6 Déclaration Universelle mais également par le biais de l'art. 8 CEDH) et permet de rendre légale l'intervention médicale[161]. La personne concernée manifeste sa volonté en donnant son accord à la mise en œuvre d'un traitement ou d'une thérapie, en le refusant ou le retirant en demandant l'interruption du traitement pour lequel le consentement avait été donné[162]. Comme l'indique le Conseil fédéral dans son rapport, « [l]e consentement à un traitement médical constitue un droit éminemment personnel, raison pour laquelle la personne doit seulement être capable de discernement et n'a pas besoin d'être majeure »[163]. Nous reviendrons sur ce critère de la capacité de discernement (*infra* IV/B/2).

---

157 ATF 135 III 321 (non publié au JdT) ; 114 Ia 350 consid. 6 ; MAHON, art. 10 Cst. nº 15 ; MANAÏ, p. 36. Voir également : BÜCHLER / MICHEL, p. 64 s.

158 Pour une discussion terminologique s'agissant du consentement ainsi que pour un historique : GUILLOD / ERARD, nºs 338 et 350 ss.

159 ATF 134 II 235 consid. 4.1, RDAF 2009 I p. 560 (rés.). Voir également : BÜCHLER / MICHEL, p. 64; DONZALLAZ, nº 4159 ss ; DUBEY, *Libertés*, nº 1300 ss.

160 DEVAUD, p. 28 ; GALETTI, p. 114.

161 ATF 133 III 121 consid. 4; JdT 2008 I p. 103 (rés.) ; 124 IV 258 consid. 2 ; JdT 2001 IV 2 (trad.) ; 117 Ib 197 consid. 2, JdT 1992 I 214 (trad.) ; 114 Ia 350 consid. 2, SJ 1989 p. 425 ; RECHER, *Personnes transgenres*, nº 208 ; THOMMEN, p. 110.

162 GALETTI, p. 114.

163 Rapport 2015, p. 28.

L'art. 46 LS[164] relatif au choix libre et éclairé de la personne capable de discernement confirme cela en prévoyant qu'aucun soin ne peut être fourni sans le consentement libre et éclairé du/de la patient·x·e capable de discernement, qu'il/elle soit majeur·x·e ou mineur·x·e et que le/la patient·x·e peut retirer son consentement en tout temps (dit retrait étant conforme à l'art. 5 al. 3 Convention d'Oviédo et art. 27 al. 2 CC). L'art. 9 al. 3 2ème phrase LED-Genre précise encore que les opérations, traitements ou soins liés à une transition ou à une assignation sexuelle doivent faire l'objet d'un consentement libre et éclairé conformément à l'art. 46 LS.

Pour être libre et donc valable, le consentement doit être exempt de pressions (art. 23 ss par analogie également)[165] et le/la patient·x·e doit disposer d'un délai raisonnable de réflexion[166].

2. La capacité de discernement de l'enfant et son évaluation

Le critère phare en matière d'autodétermination est celui de la capacité de discernement, lequel est nécessaire pour consentir (au sens de *supra* IV/B/1).

La capacité de discernement fait partie du domaine de protection du droit à l'intégrité psychique (au sens de l'art. 10 al. 2 Cst.)[167]. Pour consentir valablement à une atteinte à l'intégrité physique ou psychique, la personne mineure doit être capable de discernement[168]. L'art. 11 al. 2 Cst. rappelle que les enfants et les jeunes exercent eux-mêmes leurs droits dans la mesure où ils sont capables de discernement. Il s'agit ici de reconnaître l'autonomie dont certains enfants sont « factuellement capables, à partir d'un certain stade de développement »[169].

La capacité de discernement est décrite à l'art. 16 CC qui prévoit notamment que toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son

[164] On relèvera au passage que cette disposition légale a été adoptée à l'unanimité par la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat sur la santé (Rapport LS-A, p. 42).
[165] GUILLOD / ERARD, nº 360 ss.
[166] DUBEY, *Libertés*, nº 1311. A ce sujet : GUILLOD / ERARD, nº 362.
[167] DUBEY, *Libertés*, nº 1229.
[168] *Idem*, *Libertés*, nº 1308.
[169] *Idem*, *Libertés*, nº 1726.

jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement.

La faculté d'agir raisonnablement est donc la première condition (subjective) indispensable pour reconnaître la capacité de discernement. Cette condition comprend deux éléments cumulatifs[170] :

- une composante intellectuelle, soit la capacité de reconnaître le sens, la nature raisonnable et les effets d'un acte particulier ainsi que de se forger une opinion et de prendre une décision,
- 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, autrement dit la personne doit être apte à décider selon sa volonté sur la base de son appréciation de la situation.

La seconde condition (objective) cumulative est celles des causes légales d'altération[171]. Dans le cas d'espèce, est pertinente celle du jeune âge, « à examiner au cas par cas »[172]. En effet, la capacité de discernement est relative[173] puisqu'elle doit être appréciée en rapport avec une décision médicale déterminée dans une situation concrète[174], selon la nature, l'importance[175], le moment, la difficulté ou complexité[176] et la portée de la décision. Cette capacité de discernement existe ou non en relation avec une décision médicale déterminée[177]. Cela étant, le/la mineur·x·e peut être assisté·x·e dans la prise de décision et atteindre, avec cette assistance, la capacité de discernement relative pour le traitement dont il est question.

---

170 ATF 134 II 235 consid. 4.3.2, RDAF 2009 I p. 560 (rés.); GUILLOD, *Droit des personnes*, nº 105 ; GUILLOD / ERARD, nº 357 ; WERRO / SCHMIDLIN, art. 16 CC nº 12 ss. Voir également: AEBI-MÜLLER, nº 27 ss ; CROCETTA, p. 146 ss ; DONZALLAZ, nº 6949 ss.
171 MANAÏ, p. 195.
172 GUILLOD / ERARD, nº 357 ; ZERMATTEN, p. 3.
173 MANAÏ, p. 41 ; GUILLOD, *Consentement*, p. 201 ; WERRO / SCHMIDLIN, art. 16 CC, nº 28.
174 BÜCHLER / MICHEL, p. 66; CROCETTA, p. 149 ss ; MANAÏ, p. 196; MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*, p. 254 s.; WERRO / SCHMIDLIN, art. 16 CC nºs 28, 30 et 51 s.
175 ATF 134 II 235 consid. 4.3.2, RDAF 2009 I p. 560 (rés.).
176 GUILLOD / ERARD, nº 357 ; WERRO / SCHMIDLIN, art. 16 CC nº 53 s.
177 MIRABAUD / BARBE / NARRING, p. 416.

En principe, la capacité de discernement est présumée[178] mais plus le/la mineur·x·e est jeune, plus la présomption s'affaiblit, jusqu'à devenir une présomption d'incapacité de discernement[179]. En somme, mais cela dépend bien sûr de l'acte concret, on doit estimer qu'un enfant en bas âge ne dispose pas de la capacité de discernement pour se prononcer sur un traitement médical alors qu'il faut considérer qu'une personne proche de l'âge adulte bénéficie de la capacité de discernement[180]. Entre deux, la capacité de discernement de l'enfant dépend de son degré de développement[181].

S'agissant de l'âge, la loi ne fixe pas de paliers précis[182], tout comme le TF[183]. Dans son Message s'agissant de la modification du CC pour les déclarations en changement de sexe, le Conseil fédéral, a lui, considéré qu'elle est « présumée à partir de 12 ans par analogie avec l'art. 270*b* CC » et qu'elle « peut le cas échéant être admise à un âge plus précoce, dans la mesure où l'enfant prend souvent conscience d'être un garçon ou une fille au moment d'entrer à l'école »[184]. La Commission nationale d'éthique, elle, a estimé l'âge de la capacité de consentir à un acte ou à un traitement médical entre 10 et 14 ans[185]. Si l'on résume les positions doctrinales[186], en dessous de 12 ans, voire de 10 ans[187], voire de 7 ans[188], à l'exception de rare cas, la capacité de discernement n'est pas reconnue en ce qui concerne les traitements et

[178] ATF 134 II 235 consid. 4.3.3, RDAF 2009 I p. 560 (rés.); ASSM capacité de discernement, p. 7 ss ; CROCETTA, p. 150 ; GUILLOD, *Droit des personnes*, nº 108 ; MONTAVON, p. 56 ; WERRO / SCHMIDLIN, art. 16 CC nº 63.
[179] Voir également : MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*, p. 255.
[180] ATF 134 II 235 consid. 4.3.3, RDAF 2009 I p. 560 (rés.); ASSM capacité de discernement, p. 12 ; DONZALLAZ, nº 7007 ; GALETTI, p. 120.
[181] ATF 134 II 235 consid. 4.3.3, RDAF 2009 I p. 560 (rés.).
[182] Confirmé par le TF dans l'ATF 134 II 235 consid. 4.3.2; RDAF 2009 I p. 560 (rés.) et par le CF dans son Message révision CC, p. 820.
[183] ATF 134 II 235 consid. 4.3.2; RDAF 2009 I p. 560 (rés.).
[184] Message révision CC, p. 820.
[185] CNE intersexualité, p. 13.
[186] MIRABAUD / BARBE / NARRING, p. 416 proposent un tableau qui distingue la capacité de discernement en fonction de l'âge. Voir également BÜCHLER / MICHEL, p. 102 ss; DONZALLAZ, nº 7010 ss ; GUILLOD, *Le consentement*, p. 214 qui tente de proposer des seuils d'âge. WERRO / SCHMIDLIN, art. 16 CC nº 8 (également nº 29 ss) considèrent qu'« [e]n relation avec l'âge, on ne saurait retenir de façon rigide un âge à partir duquel la capacité de discernement serait donnée une fois pour toutes et en dessous duquel, inversement, cette capacité n'existerait jamais ». Voir également : CROCETTA, p. 149 ss qui expose les différentes phases de développement de l'enfant et MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*, p. 254 ss qui relate des études sur le sujet.
[187] GUILLOD, *Consentement*, p. 214.
[188] ASSM capacité de discernement, p. 21 ; AEBI-MÜLLER, nº 45 ; DONZALLAZ, nº 7010 s.

interventions médicales[189]. Entre 12 ans et 15 ans[190], la capacité de discernement doit être jugée individuellement en fonction du type d'intervention médicale envisagée et de l'ensemble des circonstances[191]. À partir de 15 ou 16 ans, voire 14 ans[192], la capacité de discernement doit être admise et présumée[193].

Outre l'âge, pour évaluer la capacité de discernement, le/la médecin devra prendre en compte d'autres aspects comme la personnalité de l'enfant, sa situation personnelle et familiale ainsi que la nature du traitement envisagé ou encore la nécessité thérapeutique[194]. Même avec le consentement du/de la mineur·x·e, le/la médecin devra encore tenir compte de la position de faiblesse de l'enfant, dans un lien de dépendance avec ses parents et vis-à-vis des professionnel·x·le·s de santé qui le/la prennent en charge[195]. Cela étant en principe, une décision prise librement par un enfant capable de discernement doit être respectée, même si elle peut avoir des conséquences jugées importantes[196].

De plus, s'agissant de droit strictement personnel (*infra* IV/C/1), il convient de rappeler que le seuil admettant la capacité de discernement ne doit pas être trop élevé[197]. Toutefois, plus l'intervention est importante, plus l'exigence de la capacité de discernement sera haute[198].

---

189 GÄCHTER / RÜTSCHE, nº 324. On notera qu'un juge unique dans le canton de Schwytz a considéré qu'une fille trans de 9 ans avait la capacité de discernement s'agissant de son appartenance au sexe féminin et de son choix de demander la modification du registre de l'état civil (COTTIER, *Einsideln*, p. 943). Voir également : Rapport 2015, p. 28.

190 GÄCHTER / RÜTSCHE, nº 324; MIRABAUD / BARBE / NARRING, p. 416 retiennent 16 ans. Voir également : Rapport 2015, p. 28.

191 A titre d'exemple, le TF a reconnu une patiente de 13 ans qui avait refusé un traitement, comme capable de discernement et en mesure de se prononcer quant au traitement médical (ATF 134 II 235 consid. 4.1 ss; RDAF 2009 I p. 560 (rés.)). Autre exemple, le TF a retenu qu'un enfant est généralement capable de discernement à l'âge de 12 ans notamment dans le cadre d'une procédure de changement de nom (ATF 140 III 577 consid. 3.1.2, JdT 2015 II p. 319 (trad.), ce qui reprend l'art. 270*b* CC qui prévoit que si l'enfant a douze ans révolus, il n'est plus possible de changer son nom sans son consentement. Voir en outre : Arrêt 5A_362/2016 du 20 février 2017 où dans le cas d'espèce le TF a considéré que des enfants âgés de 13 et 17 ans avaient « *a priori*, la capacité de discernement suffisante pour exercer eux-mêmes certains de leurs droits fondamentaux ».

192 MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*, p. 260

193 Du même avis : AEBI-MÜLLER, nº 45 ; GÄCHTER / RÜTSCHE, nº 324. Déjà à partir de 15 ans, selon DONZALLAZ, nº 7014 et GUILLOD, *Consentement*, p. 215. Voir également : Rapport 2015, p. 28.

194 ATF134 II 235 consid. 4.3.2; RDAF 2009 I p. 560 (rés.) ; GALETTI, p. 120.

195 GALETTI, p. 12.

196 BÜCHLER / MICHEL, p. 106 s.

197 GUILLOD, *Consentement*, p. 201; MANAÏ, p. 41 ; WERRO / SCHMIDLIN, art. 16 CC nº 30.

198 MANAÏ, p. 41.

Il revient au/à la médecin d'évaluer la capacité de discernement de l'enfant dans une situation donnée, soit au cas par cas, en regard de la nature des problèmes que pose l'intervention[199]. Selon la CNE, les exigences posées à la capacité de discernement sont plus élevées lorsqu'il en va de l'approbation d'un traitement que lorsqu'il est question de son refus[200]. La capacité de discernement est évaluée en fonction de l'aptitude et du processus de décision mais non pas en fonction du résultat[201]. Si le médecin ne partage pas le choix, fait par le/la mineur·x·e, notamment en matière de transition, ce n'est pas une raison pour le considérer comme incapable[202].

L'art. 67A nLS ne prévoit aucune distinction en fonction de l'âge. L'exposé des motifs distingue cependant la situation des mineur·x·e·s entre l'âge de 10 et 16 ans de la situation des mineur·x·e·s « dès l'âge de la majorité sexuelle, soit 16 ans ». Dans la partie « Aspects légaux », il est en effet avancé que « compte tenu des pressions sociales ambiantes, le consentement éclairé des préadolescents et adolescents à subir des actes irréversibles entre l'âge de 10 et 16 ans est douteux et ne saurait avoir une valeur juridique indiscutable ». Il est ensuite ajouté que « dès l'âge de la majorité sexuelle, soit 16 ans, l'adolescent est réputé apte à donner son accord à des traitements irréversibles, y compris la prise d'hormones dont les effets à long terme, sur la fertilité notamment, restent mal connus. Le problème du discernement est toutefois complexe, les troubles psychiques étant fréquents dans cette population. [...]. ».

Force est de constater que les considérations de l'exposé des motifs se distancent nettement de ce qui est retenu actuellement dans le domaine juridique, que ce soit par la jurisprudence ou la doctrine. En effet, il est ici fait des généralités en fonction des âges alors même que nous avons rappelé à quel point la capacité de discernement doit être évaluée concrètement en fonction d'un acte médical donné. En outre, sur le plan légal, la question de la capacité de discernement, et donc respectivement du consentement, n'a donc rien à voir avec la majorité sexuelle.

---

[199] ATF134 II 235 consid. 4.3.2; RDAF 2009 I p. 560 (rés.) ; BÜCHLER / MICHEL, p. 67; MIRABAUD / BARBE / NARRING, p. 416 et ZERMATTEN, p. 4 proposent aux professionnel·le·s des questions à poser pour l'évaluation de la capacité de discernement de l'adolescent.
[200] CNE intersexualité, p. 13.
[201] BÜCHLER / MICHEL, p. 106; MIRABAUD / BARBE / NARRING, p. 416.
[202] MIRABAUD / BARBE / NARRING, p. 416.

Enfin, l'art. 67A nLS revient à interdire à tout·e mineur·x·e, quel que soit son âge, des interventions de réassignation sexuelle, voire des traitements de réassignation sexuelle. En même temps et de façon paradoxale, dans l'exposé des motifs, il est admis une certaine capacité de discernement pour les enfants de moins de 16 ans et une capacité de discernement de l'enfant dès 16 ans, éléments essentiels au consentement de l'enfant, lequel est tout simplement refusé dans le PL 13324 qui fait totalement abstraction des droits civils, - quand bien même ils sont reconnus dans l'exposé des motifs -, et du critère phare en matière d'autodétermination, soit celui de la capacité de discernement.

3. Le droit d'être informé

Le consentement éclairé est directement lié au droit à l'information[203], respectivement au devoir du/de la médecin d'informer en donnant des informations complètes et compréhensibles ainsi que nuancées en fonction de la gravité de l'acte médical et de l'état de la personne[204]. La personne doit recevoir préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques (art. 5 par. 2 Convention d'Oviédo). Le/la patient·x·e·s doit pouvoir exercer son choix en parfaite connaissance de cause.

Sur le plan cantonal et conformément à la jurisprudence fédérale[205], le droit d'être informé est traité par l'art. 45 LS et prévoit notamment que le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur : son état de santé ; les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels ; les moyens de prévention des maladies et de conservation de la santé. Il incombe ainsi au médecin de conseiller le/la mineur·x·e capable de discernement – si le/la mineur·x·e le souhaite et en tenant compte de son environnement familial -, respectivement le/la représentant·x·e légal·e[206], sur les options thérapeutiques (p. ex. l'utilisation de bloqueurs de puberté ou d'hormones, voire, dans certains cas, la mastectomie) et sur

[203] Pour un exposé détaillé à ce sujet : BÜCHLER / MICHEL, p. 67 ss; CROCETTA, pp. 66 ss et 290 ss ; DEVAUD, p. 1 ss.
[204] ATF 105 II 284 consid. 6 = JdT 1980 I 169 ; MANAÏ, p. 84 s. Voir à ce sujet : DONZALLAZ, nº 3504 ss.
[205] ATF 133 III 121 consid. 4, JdT 2008 I p. 103 (rés.).
[206] GUILLOD / ERARD, nº 365.

leurs risques ou conséquences pour la santé, afin qu'il puisse prendre une décision éclairée[207]. On rajoutera que le/la médecin doit encore informer de l'évolution prévisible et des aspects financiers des traitements envisagés[208].

C. Des personnes mineures capables de discernement

1. Du respect des droits strictement personnels

Au niveau international, l'art. 12 CDE prévoit que les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité (voir également art. 24 de la Charte DF UE).

Les principes de Jogjakarta, lesquels partent du postulat que l'identité de genre est un aspect fondamental de l'identité de tout être humain[209], prévoient un principe 18 relatif à la protection contre les abus médicaux et est accompagné de recommandations détaillées aux États. La recommandation B affirme que les États devront « prendre toutes les dispositions législatives et administratives, ainsi que toute autre mesure, nécessaires pour garantir qu'aucun enfant ne voie son corps irréversiblement altéré par des pratiques médicales visant à lui imposer une identité de genre sans le consentement total, libre et averti de l'enfant, conformément à son âge et à sa maturité, et suivant le principe selon lequel, dans toutes les situations impliquant des enfants, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ».

Sur le plan constitutionnel suisse, l'art. 11 al. 2 Cst. rappelle que les enfants et les jeunes exercent eux-mêmes leurs droits dans la mesure où ils sont capables de discernement. Cette disposition confère aux mineur·x·e·s capables de discernement le droit d'exercer leurs droits strictement personnels et dont l'exercice peut être opposé

[207] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? ». Voir également : WERLEN, nº 801 ss.
[208] GALETTI, p. 117 ; GUILLOD / ERARD, nº 366 ss.
[209] BALZARETTI, p. 145.

à l'État, dans les rapports de droit public que dit·x·e·s mineur·x·e·s entretiennent avec lui[210].

L'art. 19 al. 1 CC déroge à l'art. 17 CC relatif à l'incapacité des mineur·x·e·s d'exercer les droits civils, en prévoyant une capacité conditionnée au consentement du/de la représentant·x·e légal·e (au sens de l'art. 19*a* CC). La personne mineure peut ainsi en principe contracter une obligation ou renoncer à un droit qu'avec le consentement du/de la représentant·x·e légal·e[211].

Cela étant, s'agissant des droits strictement personnels, l'art. 19*c* al. 1 CC prévoit que les personnes capables de discernement mais privées de l'exercice des droits civils, dont font partie les mineur·x·e·s, exercent leurs droits strictement personnels de manière autonome (voir également art. 305 al. 1 CC). Par droits strictement personnels, on entend les droits subjectifs privés qui sont inhérents à la qualité d'être humain comme les biens de la personnalité ou encore les droits fondamentaux liés à la personnalité (dont la liberté personnelle) qui peuvent être exercés en principe de pair avec la capacité de discernement nécessaire correspondante[212]. Ces droits sont inaliénables, et donc incessibles, intransmissibles, imprescriptibles et inamissibles[213]. Les personnes mineures ne peuvent donc y renoncer.

Il faut distinguer les droits strictement personnels proprement dits des improprement dits : les premiers peuvent être exercé sans le concours du/de la représentant·x·e ; les second nécessitent l'accord du/de la représentant·x·e légal·e[214], lorsqu'une loi prévoit expressément la représentation pour un droit déterminé[215].

---

[210] DUBEY, *Libertés*, nº 1734 s.
[211] MONTAVON, p. 56.
[212] GUILLOD, *Droit des personnes*, nº 97 ; MEIER, nº 146 ; MONTAVON, p. 61. Voir également: CROCETTA, p. 158 ss.
[213] CROCETTA, p. 159 ; DEVAUD, p. 21 s. ; MONTAVON, p. 61 s.
[214] GUILLOD, *Droit des personnes*, nº 98 ; MEIER, nº 176 ; MONTAVON, p. 62.
[215] BÜCHLER / MICHEL, p. 96 s. ; GUILLOD, *Droit des personnes*, nº 98 ; CROCETTA, p. 162 ; MICHEL / RUTISHAUSER, p. 12.

Dans le domaine médical, le/la mineur·x·e capable de discernement dispose de droits strictement personnels[216] en principe proprement dits[217]. En effet, ils n'impliquent que la personne mineure concernée. Ces droits ne sont pas soumis à représentation[218]. Les traitements et interventions chirurgicales peuvent toutefois nécessiter ou pas l'accord du/de la représentant légal en fonction de la maturité de l'enfant[219].

Ainsi, en principe, un·e mineur·x·e capable de discernement peut donner son consentement à un traitement médical puisqu'il s'agit d'un droit strictement personnel au sens de l'art. 19*c* CC[220] ; il dispose donc d'une « pré-majorité médicale »[221]. La personne mineure capable de discernement peut donc décider elle-même et prendre seule sa décision si elle en comprend l'ampleur et les conséquences[222] ; elle peut librement choisir si, et dans quelle mesure, elle souhaite un traitement médical. Sur le plan cantonal, l'art. 46 LS[223] tient compte d'ailleurs du/de la patient·x·e·s mineur·x·e·s capable de discernement en rappelant que son consentement libre et éclairé est nécessaire à la fourniture de soin.

---

[216] MANAÏ, p. 41 ; THOMMEN, p. 7.

[217] On relèvera que dans d'autres domaines relevant de questions existentielles des mineur·x·e·s, la logique est la même. A titre d'exemple et même si la situation est délicate, l'assistance au suicide est envisageable pour une personne mineur·x·e capable de discernement, laquelle est libre de la demander et sa décision de la demander doit être respectée (CNE suicide, p. 59 s. et 70 ; ASSM fin de vie, pp. 9 et 16; Pour un examen complet de cette situation : GALETTI, p. 127 ss). Au titre d'exception et en atteignant la garantie de l'art. 11 al. 2 Cst. (DUBEY, *Libertés*, n° 1740), on notera que quelques traitements médicaux sont en principe interdits, au niveau fédéral, pour les mineur·x·e·s, même capables de discernement. C'est en particulier le cas de la stérilisation (art. 3 LSterilisation), à savoir le fait de supprimer de manière permanente, par une intervention médicale, les facultés reproductrices d'une personne (art. 2 al. 1 LSterilisation). Cela étant, il est essentiel de relever que l'art. 2 al. 2 LSterilisation prévoit que ne sont pas considérées comme une stérilisation les interventions de nature thérapeutique qui ont pour effet secondaire inévitable de supprimer les facultés reproductrices de la personne, comme certains traitements de réassignation sexuelle. Au titre d'exception toujours, on mentionnera les art. 12 (condition de la majorité) et 13 (exceptions pour les personnes mineures) Ltransplantation.

[218] ATF 134 II 235 consid. 4.1, RDAF 2009 I p. 560 (rés.).

[219] MONTAVON, p. 63.

[220] ATF 134 II 235 consid. 4.1, RDAF 2009 I p. 560 (rés.); 114 Ia 350 consid. 7, SJ 1989 p. 425 ; ASSM capacité de discernement, p. 13 ; AEBI-MÜLLER, n° 16 ; DONZALLAZ, n° 7152 ss ; CROCETTA, p. 300 ss ; GALETTI, p. 119; GUILLOD, *Le consentement*, p. 209 ; GUILLOD / ERARD, n^os^ 356 et 358 ; MANAÏ, p. 41 ; MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*, p. 248 ; THOMMEN, p. 7. Voir en outre : MICHEL, *Rechte von Kindern*, p. 176 ss.

[221] ZERMATTEN, p. 4.

[222] CNE intersexualité, p. 13 ; ATF 134 II 235 consid. 4.1, RDAF 2009 I p. 560 (rés.); 114 Ia 350 consid. 7, SJ 1989 p. 425; HERTIG RANDALL / CARRON / ZIMMERMANN / VALLIER, p. 93.

[223] On rappellera au passage que cette disposition légale a été adoptée à l'unanimité par la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat sur la santé (Rapport LS-A, p. 42).

Au vu de ce qui précède, les mineur·x·e·s capables de discernement (au sens de *supra* IV/B/2) peuvent donner leur consentement (au sens de *supra* IV/B/1) à des traitements et opérations de réassignation sexuelle ; il en va du respect de leur autodétermination en matière médicale. En cas de transition, la personne doit consentir à chaque étape[224]. Par exemple, s'agissant du blocage de la puberté, même si les détenteur·x·trice·s de l'autorité parentale s'y opposent, si l'enfant est capable de discernement, il doit pouvoir décider seul de ce traitement[225]. Autre exemple, un enfant de 16 ans ou plus capable de discernement doit pouvoir décider de suivre une hormonothérapie[226]. Il en va de même des opérations de chirurgie génitale[227], même si en pratique, les médecins rentrent rarement en matière avant la majorité de la personne concernée[228].

L'enfant mineur capable de discernement ayant des variations du développement sexuel peut, conformément à l'art. 19*c* CC, également exercer librement son droit strictement personnel et consentir à une opération visant à lui assigner un sexe (conformément à l'art. 48A LS *a contrario*).

2. Du rôle des représentants légaux

Vu les droits strictement personnels des mineur·x·e·s capables de discernement (*supra* IV/C/1), le consentement des représentant·x·e·s légaux·ales (parents, curateur·x·trice) n'est généralement pas nécessaire et/ou suffisant. Ils/elles peuvent bien entendu participer au processus de décision, pour autant que la personne mineure soit d'accord avec cette participation. Ils/elles n'ont en tous les cas pas de droit de véto face à la décision du/de la mineur·x·e capable de discernement[229].

[224] HERTIG RANDALL / CARRON / ZIMMERMANN / VALLIER, p. 93.
[225] COTTIER, *Einsideln*, p. 945 s. ; HERTIG RANDALL / CARRON / ZIMMERMANN / VALLIER, p. 114.
[226] HERTIG RANDALL / CARRON / ZIMMERMANN / VALLIER, p. 114.
[227] BÜCHLER / COTTIER, *Intersexualität*, p. 129.
[228] HERTIG RANDALL / CARRON / ZIMMERMANN / VALLIER, p. 115.
[229] CNE intersexualité, p. 13.

On rappellera qu'en vertu du secret médical (*supra* IV/A/6), les représentant·x·e·s légaux·ales peuvent être informé·x·e·s que si la personne mineure a consenti à ce que ses représentant·x·e·s soient informés[230].

3. Des conséquences du projet d'interdiction

Alors que les personnes mineures transgenres et intersexes capables de discernement sont actuellement libres d'exercer leurs droits strictement personnels et de consentir à des traitements et interventions leur permettant de transitionner ou de se voir assigner un sexe conformément au droit international, fédéral et cantonal, le projet PL 13324 viendrait les priver, sur le territoire genevois, de tout droit d'exercer leurs droits strictement personnels afin de consentir et bénéficier de soins, affectant ainsi fortement leur droit à l'autodétermination.

Bien que nous ayons pris le parti de délimiter le sujet en ne traitant pas directement des droits des parents et représentant·x·e·s légaux·ales (*supra* I/B), on notera également au passage que le projet viendrait priver les droits de ces personnes d'accompagner les personnes mineures sur lesquelles ils/elles ont l'autorité parentale dans leur prise de décision.

Il s'agira ainsi d'examiner dans quelle mesure cette interdiction généralisée viole ou pas les droits fondamentaux des personnes concernées (*infra* IV/E).

D. Des personnes mineures incapables de discernement

1. De la décision des représentant·x·e·s légaux·ales

S'agissant des mineur·x·e·s qui n'ont pas la capacité de discernement, ils/elles ne peuvent consentir (au sens de *supra* I/B/1)[231] et il se pose la question de savoir si leurs représentant·x·e·s légaux·ales peuvent prendre la décision à leur place.

[230] GUILLOD, *Consentement*, p. 247.
[231] THOMMEN, p. 23.

Au sens de l'art. 6 al. 2 par. 1 Convention d'Oviédo, lorsque, selon la loi, un·e mineur·x·e n'a pas la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi.

Selon l'art. 18 CC, les actes de celui qui est incapable de discernement n'ont pas d'effet juridique, et sont ainsi en principe frappé de nullité ; demeurent réservées les exceptions prévues par la loi. Les mineur·x·e·s incapables de discernement ne peuvent dès lors consentir à un traitement médical. L'art. 19*c* al. 2 CC prévoit ainsi que les personnes incapables de discernement (au sens de l'art. 16 CC) sont représentées par leur représentant·x·e légal·x·e, sauf pour les droits qui ne souffrent aucune représentation en raison de leur lien étroit avec la personnalité, soit les droits strictement personnels absolus lesquels sont non soumis à représentation (*infra* IV/D/3)[232].

Ainsi, le droit d'accepter ou de refuser un traitement médical de nature thérapeutique pour l'enfant incapable de discernement peut en général être exercé par ses représentant·x·e·s légaux·ales[233], à l'exception des traitements tombant sous le coup des droits strictement personnels absolus lesquels sont non soumis à représentation (*infra* 3). Le/la médecin doit en conséquence informer et recueillir la volonté des représentant·x·e·s légaux·ales[234].

[232] ATF 117 II 6 consid. 1b, JdT 1992 I 350 (rés.). On relèvera à ce stade que THOMMEN, p. 111 considère que la représentation quant à une intervention thérapeutique ne relève que relativement des droits strictement personnels et que la représentation reste possible.
[233] ATF 114 Ia 350 consid. 7, SJ 1989 p. 425 ; GUILLOD / ERARD, nº 358; MEIER, nº 153 ; MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*, p. 249. On rappellera qu'au titre d'exception, quelques traitements médicaux sont en principe interdits de par la loi pour les mineur·x·e·s incapables de discernement. C'est en particulier le cas de la stérilisation (art. 3 LSterilisation), à savoir le fait de supprimer de manière permanente, par une intervention médicale, les facultés reproductrices d'une personne (art. 2 al. 1 LSterilisation). Cela étant, il est essentiel de relever que l'art. 2 al. 2 LSterilisation prévoit que ne sont pas considérées comme une stérilisation les interventions de nature thérapeutique qui ont pour effet secondaire inévitable de supprimer les facultés reproductrices de la personne, comme certains traitements de réassignation sexuelle. L'art. 7 LSterilisation prévoit une exception à l'interdiction s'agissant des personnes de plus de 16 ans et durablement incapable de discernement. Au titre d'exception toujours, on mentionnera les art. 12 (condition de la majorité) et 13 (exceptions pour les personnes mineures) Ltransplantation.
[234] MANAÏ, p. 197.

Les représentant·x·e·s légaux·ales sont en général les parents détenteurs de l'autorité parentale (art. 296 al. 2, 297 al. 1 et 304 al. 1 CC)[235]. Ces derniers sont habilités à prendre les décisions relatives aux soins, sous réserves de la propre capacité de l'enfant (art. 301 al. 1 CC).

L'art. 6 al. 1 Convention d'Oviédo rappelle qu'une intervention ne peut être effectuée sur une personne n'ayant pas la capacité de consentir, que pour son bénéfice direct. Les représentant·x·e·s légaux·ales doivent se soucier de l'intérêt de l'enfant (art. 301 al. 1 CC) et c'est ainsi la limite au consentement[236]. Il leur appartient donc en premier lieu de déterminer quel est l'intérêt supérieur de l'enfant, lequel doit être une considération primordiale (*supra* IV/A/3).

En matière médicale, l'intérêt de l'enfant est directement et strictement lié à l'intérêt thérapeutique ; le traitement doit être médicalement indiqué et la situation globale de l'enfant doit être appréciée[237]. Par indication, on entend le résultat positif d'une pesée de tous les paramètres en faveur et en défaveur (contre-indication) d'une intervention[238]. Il s'agit ainsi de s'intéresser à l'utilité thérapeutique (ou bénéfice thérapeutique)[239], diagnostique ou prophylactique de la mesure pour la santé de la personne incapable de discernement et de la comparer aux risques que comportent l'intervention[240]. Cela doit permettre de prendre une décision conforme à l'intérêt supérieur de l'enfant et à son bien[241].

Les représentant·x·e·s légaux·ales doivent prendre les décisions uniquement en fonction de l'intérêt de l'enfant[242]. Ainsi, les raisons qui sont propres aux représentant·x·e·s légaux·ales ne doivent pas influer les décisions[243]. En cas de conflit d'intérêts, les parents en tant que représentant·x·e·s légaux·ales perdent leur droit de représentation et l'APEA institue une curatelle (art. 306 al. 2 et 3 CC)[244].

---

[235] A ce sujet : THOMMEN, p. 5 ss.
[236] THOMMEN, p. 23 s.
[237] BÜCHLER / MICHEL, p. 110 s.; GALETTI, p. 125; THOMMEN, pp. 29 et 114.
[238] THOMMEN, p. 29.
[239] WERLEN, n° 813.
[240] THOMMEN, pp. 34 et 114.
[241] ASSM autodétermination, p. 3 ; MANAÏ, p. 205; MICHEL / RUTISHAUSER , pp. 11 ss, 20 ss et 26 ss; WERLEN, n^{os} 358, 798 ss et 813 ss.
[242] MANAÏ, p. 197.
[243] ATF 114 Ia 350 consid. 7bb, SJ 1989 p. 425 ; MANAÏ, p. 197.
[244] MANAÏ, p. 199.

2. De la participation de l'enfant à la prise de décision

Au sens de l'art. 6 al. 2 par. 2 Convention d'Oviédo, l'avis du/de la mineur·x·e est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité[245]. L'art. 13 CDE assure en outre la liberté d'expression de l'enfant, y compris le fait de recevoir des informations.

Sur le plan constitutionnel, il est essentiel de rappeler que le droit d'être entendu de l'enfant est garanti pour les décisions ou procédures le concernant (art. 23 al. 2 Cst. GE).
En conséquence, l'enfant doit pouvoir participer à la prise de décision en fonction du degré de capacité[246]. On ne saurait l'ignorer même s'il est incapable de discernement[247]. Il en va de ses droits de la personnalité et de sa dignité[248]. Les professionnel·x·e·s de la santé et les représentant·x·e·s légaux·ales doivent écouter le/la mineur·x·e et tenir compte de son avis, dans la mesure où son âge et son degré de développement le permettent[249]. D'ailleurs, s'agissant des personnes intersexes, la CNE a plaidé « fermement pour que les enfants puissent prendre part, en fonction de leur maturité, aux décisions relatives à des traitements médicaux avant même qu'ils soient capables de discernement, et qu'il soit tenu compte de leur avis autant que possible »[250].

[245] S'agissant des personnes mineures, elles n'ont en principe jamais eu la capacité de discernement de rédiger des directives anticipées (au sens des art. 360 CC et art. 48 LS).
[246] AEBI-MÜLLER, nº 118 s. ; MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*, p. 263.
[247] ASSM capacité de discernement, p. 12 ; MANAÏ, pp. 200 et 205 ; MICHEL / RUTISHAUSER, pp. 12 et 24 s. Dans le même sens : HERTIG RANDALL / ZIMMERMANN / KRATTIGER / DERUNGS, p. 75. La participation de l'enfant mineur incapable de discernement est d'ailleurs inscrite à l'art. 8 al. 2 let. a LSterilisation ainsi qu'à l'art. 13 al. 3 Ltransplantation.
[248] MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*, p. 269.
[249] CROCETTA, p. 308 ss ; DUPONT / BURGAT / BURGAT / LÉVY, p. 61 ; GALETTI, p. 125 ; MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*, p. 270.
[250] CNE intersexualité, p. 13.

3. Des droits strictement personnels absolus non soumis à représentation

Les droits strictement personnels peuvent être absolus ou relatifs : les premiers ne souffrent aucune représentation en raison de leur lien étroit avec la personnalité ; les seconds sont sujet à représentation[251].

Comme cela a été exposé, en matière médicale, les représentant·x·e·s légaux·ales peuvent en général représenter la personne mineure incapable de discernement en tenant compte de son intérêt (*supra* IV/D/1).

Cela étant, certains de ses droits ne sont pas soumis à représentation ; ils ne peuvent être exercés au nom du/de la mineur·x·e. Il s'agit de ses droits strictement personnels absolus lesquels ont un caractère éminemment personnel[252]. Il n'existe pas de liste des droits strictement personnels absolus[253].

En matière médicale, « le consentement du représentant légal ne permet en aucun cas au médecin de pratiquer des interventions qui, en fonction de leur nature, ne pourraient être admises que par l'intéressé lui-même »[254]. Il en va généralement ainsi des traitements particulièrement graves[255], et/ou sans portée thérapeutiques (irréversibles, mutilants)[256], qui peuvent être différés jusqu'au moment où l'enfant atteint la capacité de discernement[257] ; lorsqu'il n'y a donc pas d'urgence et/ou d'indication médicale. Un·e mineur·x·e incapable de discernement n'est pas en capacité non plus de donner son consentement. Aussi, seul un report peut être envisagé.

Les opérations de réassignation sexuelle, dont les chirurgies du torse ou encore les chirurgies des organes génitaux, sont intimement liées à l'identité et ont des conséquences irréversibles de sorte qu'elles paraissent ne pas pouvoir être soumise

[251] FANKHAUSER, art. 19c CC nº 4; MEIER, nºs 149 et 153 ; VAERINI, nº 16 ss. On relèvera que MONTAVON, p. 62 utilise une catégorisation différente. Voir en outre : ZERMATTEN, p. 3.
[252] MEIER, nº 150.
[253] *Idem*, nº 151 ; VAERINI, nº 17.
[254] ATF 114 Ia 350 consid. 7cc, SJ 1989 p. 425.
[255] VAERINI, nº 18.
[256] ATF 114 Ia 350 consid. 7bb, SJ 1989 p. 425; MANAÏ, p. 197; MEIER, nº 152.
[257] VAERINI, nº 18.

à représentation et l'enfant incapable de discernement, lequel ne peut consentir, ne peut dès lors être représenté[258].

Il en va de même des interventions chirurgicales purement cosmétiques effectuées sur les bébés et les enfants intersexes incapables de discernement[259] ayant pour objectif de modifier les organes génitaux de manière à leur donner un aspect clairement identifiable ; elles ne se justifient aucunement en l'absence d'un trouble fonctionnel[260], et de nécessité[261], généralement en lien avec une maladie rare[262]. Les détenteurs de l'autorité parentale ne peuvent autoriser une telle intervention qui serait dénuée d'indication médicale[263]. Le droit à y consentir est un droit strictement personnel absolu et aucune représentation n'est alors possible[264]. D'ailleurs, l'art. 48A LS, lequel est limité à la situation des enfants incapables de discernement, est relatif à l'intersexuation et prévoit que lorsqu'un enfant incapable de discernement présente des variations du développement sexuel, aucune opération visant à lui assigner un sexe ne peut être pratiquée, sauf en cas de problème de santé avéré[265].

La question est plus délicate s'agissant des traitements hormonaux et des bloqueurs de puberté. La situation de l'enfant et son intérêt doivent être examinés au cas par cas. Si l'enfant mineur incapable de discernement a toujours fait état du fait qu'il se sentait de l'autre sexe, et si cela est dans son intérêt, il est envisageable d'admettre que le·s représentant·x·e·s légaux·ales puissent représenter l'enfant s'agissant de lui administrer des bloqueurs de puberté, lesquels sont réversibles[266], et ceux-ci permettant de reporter les autres décisions en matière de transition au moment où l'enfant sera capable de discernement.

---

[258] De cet avis : BALZARETTI, pp. 145 et 147.
[259] HERTIG RANDALL / ZIMMERMANN / KRATTIGER / DERUNGS, p. 74; VAERINI, nº 18 ss.
[260] GUILLOD / ERARD, nº 358 ; RECHER, *Personnes transgenres*, nº 7. Pour un exemple qui justifie une intervention : RECHER / SPRECHER, p. 46.
[261] BÜCHLER / COTTIER, *Intersexualität*, p. 129.
[262] RECHER / SPRECHER, p. 45 ss.
[263] DONZALLAZ, nº 7164 ss ; RECHER, *Personnes transgenres*, nº 7 ; SANDBERG, p. 360. Voir également : RECHER / SPRECHER, pp. 46 et 48.
[264] BALZARETTI, pp. 145 et 147.
[265] Cette disposition correspond à la position de la CNE (CNE intersexualité, p. 15). Dans le même sens et qui posent les conditions de la nécessité et de l'intérêt supérieur de l'enfant : BÜCHLER / COTTIER, *Intersexualität*, p. 129. On relèvera qu'aucune disposition similaire ne figure dans la LS s'agissant des opérations de réassignation sexuelle.
[266] WAHLEN et al., p. 792.

S'agissant des traitements hormonaux, lesquels peuvent être irréversibles[267], la question est également extrêmement délicate. La situation devrait ainsi être examinée au cas par cas. Si l'on admet une représentation[268], il faut rappeler que les représentants légaux ne peuvent consentir qu'aux traitements nécessaires d'un point de vue thérapeutique et qui sont dans l'intérêt de l'enfant (*supra* D/1).

4. Des conséquences du projet d'interdiction

Le cadre légal actuel entourant les personnes mineures transgenres et intersexes incapables de discernement ne leur permet en général pas d'accéder aux opérations de réassignation sexuelle, respectivement d'assignation sexuelle, le consentement à celles-ci relevant de leurs droits strictement personnels absolus non soumis à représentation. Le projet PL 13324 ne viendrait ainsi rien changer de ce point de vue.

La question des bloqueurs de puberté, tout comme celle de l'hormonothérapie, est plus délicate et, dans certaines situations, il est envisageable de considérer que le·s représentant·x·e·s légaux·ales puissent représenter l'enfant dans son intérêt. Le PL 13324 viendrait directement limiter le droit de l'enfant incapable de discernement de bénéficier de bloqueurs de puberté lui permettant de reporter les décisions en matière de transition à plus tard, respectivement selon le cas d'hormonothérapie.

En outre, dans des cas exceptionnels, soit en cas de troubles fonctionnels et de nécessité, les représentant·x·e·s légaux·ales peuvent représenter l'enfant intersexe en vue d'une assignation sexuelle qui serait dans son intérêt. Avec son interdiction généralisée, le projet PL 13324 impacterait les mineur·x·e·s incapables de discernement dans ces cas exceptionnels où l'enfant a absolument besoin d'une opération, en particulier en cas de troubles fonctionnels. Le projet ne fait aucun aménagement même pour ces situations dont la loi tient compte actuellement s'agissant des personnes intersexes (art. 48A LS).

[267] *Ibidem*.
[268] HERTIG RANDALL / ZIMMERMANN / KRATTIGER / DERUNGS, p. 72 admettent que la représentation est possible.

Le projet viendrait ainsi priver, sur le territoire genevois, certain·e·s mineur·x·e·s incapables de discernement de bénéficier de soins. Il viendrait également priver les droits des représentant·x·e·s légaux·ales de représenter les personnes mineures sur lesquelles ils/elles ont l'autorité parentale en cas de nécessité, ce qui pourrait représenter une atteinte à leurs propres droits fondamentaux.

Il s'agira ainsi d'examiner dans quelle mesure cette interdiction généralisée viole ou pas les droits fondamentaux des personnes concernées (*infra* IV/E).

E. La violation des droits fondamentaux (analyse concrète du cas d'espèce)

1. Généralités

Dans ce qui suit, il s'agira de déterminer dans quelle mesure l'art. 67A nLS viole les droits fondamentaux et humains. Cette analyse procède en deux étapes. Dans un premier temps, il sera rappelé que le nouvel article de loi proposé pose une atteinte aux droits fondamentaux de l'enfant tels qu'ils ont été exposés plus haut (*supra* IV/A). Dans un second temps, il sera analysé si cette atteinte respecte les conditions de restriction des droits fondamentaux tels que prévus par les art. 36 Cst. féd., 43 Cst. GE et 8 al. 2 et 10 al. 2 CEDH.

2. L'atteinte dans le cas concret

Premièrement, le PL 13324 constitue à n'en point douter, sur plusieurs points, une ingérence dans la garantie de la vie et sphère privées, comprenant le droit à l'identité de genre (au sens de *supra* A/1), en ce sens que la personne mineure concernée est restreinte dans ses possibilités de se définir selon son identité de genre, de vivre selon son identité de genre et de s'épanouir personnellement. En effet, n'ayant plus accès à des traitements et interventions, elle ne peut plus parvenir à certaines étapes de transition qu'elle souhaiterait et qui lui paraissent nécessaire à son bien-être. Le projet atteint son droit à déterminer ses modifications corporelles importantes.

Deuxièmement, le PL 13324 atteint également la liberté personnelle (au sens de *supra* A/2) puisque la personne mineure concernée n'a, au vu des interdictions, plus la possibilité d'exercer son droit à l'autodétermination dans le domaine médical. Si elle



est capable de discernement, elle ne peut tout simplement plus consentir à un traitement ou à une intervention de réassignation sexuelle. La sphère d'autonomie individuelle de la personne mineure en tenant compte de son développement laquelle est particulièrement protégée (au sens de *supra* A/3) est en outre atteinte.

Troisièmement, le PL 13324 a pour effet d'atteindre le droit à la liberté d'opinion, d'information et d'expression (au sens de *supra* A/5) de l'enfant dans la mesure où la personne mineure concernée ne recevra plus toute l'information dont elle a besoin, la promotion étant interdite par le projet, et ne pourra plus se former une opinion ainsi que la répandre. Comme indiqué, la liberté d'opinion, d'information et d'expression des personnes travaillant avec des enfants et visés par les interdictions de PL 13324 est également atteinte ; elle ne sera toutefois pas analysée plus en détail ici.

Quatrièmement, le PL 13324, par l'instauration d'une dénonciation de l'enfant par les professionnel·x·le·s atteint directement l'enfant dans sa sphère privée (au sens de *supra* A/6) laquelle comprend les informations relatives à sa santé.

3. Les conditions de restriction

Toute atteinte à un droit fondamental (ou restriction, ces termes étant synonymes) doit respecter les conditions de restriction des droits fondamentaux prévues par les art. 36 Cst. féd., 43 Cst. GE (pour ce qui est des droits fondamentaux cantonaux) et paragraphe 2 des droits pertinents garantis par la CEDH. Qu'il s'agisse d'un droit fondamental découlant de la Constitution fédérale ou cantonale ou d'un droit humain garanti par la CEDH, les conditions sont largement les mêmes, à savoir que chaque restriction d'un droit fondamental doit (a) reposer sur une base légale, (b) répondre à un intérêt public ou privé prépondérant, (c) être proportionnée et (d) respecter le noyau dur du droit en question. Dans ce qui suit, nous examinerons successivement ces quatre conditions pour l'ensemble des droits fondamentaux touchés.

4. L'existence d'une base légale

Toute restriction d'un droit fondamental doit reposer sur une base légale suffisante (art. 36 al. 1 Cst. et art. 43 al. 1 Cst. GE); plus la restriction est grave, plus l'exigence à cette base légale sera élevée. Ainsi, une restriction importante – comme celle qui est

en jeu ici – doit reposer sur une base légale formelle et qui présente une densité normative suffisante, à savoir qu'elle doit être suffisamment claire et précise. Pour déterminer quel degré de précision on est en droit d'exiger de la loi, il est nécessaire de tenir compte du cercle de ses destinataires, et de la gravité des atteintes que la loi autorise aux droits fondamentaux[269]. Une atteinte grave exige en principe une base légale formelle, claire et précise[270].

Dans le cas d'espèce, l'art. 67A nLS, s'il est adopté, sera intégré à la LS. Cette loi est une base légale formelle. En revanche, la densité normative de la loi est insuffisante. Comme il a été exposé plus haut, l'art. 67A nLS est discutable dans sa terminologie (*supra* II/B) et manque de clarté, aussi bien en ce qui concerne les « interventions », « traitements » ou « pratiques » interdites que s'agissant de l'aspect de leur « promotion » ou des comportements visés ou encore « des professionnels concernés » ou même de l'autorité compétente. Il a ainsi pour effet de créer une insécurité juridique considérable, et cela alors même qu'il concerne des personnes mineures lesquelles doivent être particulièrement protégées (par application de l'art. 11 Cst. en tant que garantie auxiliaire) et que le projet a un effet direct sur leurs droits fondamentaux.

Au surplus, on rappellera que dite base légale est en outre discutable du point de vue de la répartition des compétences (art. 3 Cst. ; *supra* III/A).

5. L'existence d'un intérêt public prépondérant

Chaque restriction d'un droit fondamental doit ensuite « être justifiée par un intérêt public ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui » (art. 36 al. 2 Cst., art. 43 al. 2 Cst. GE ; voir aussi art. 8 al. 2 CEDH). Ce critère signifie qu'un acte étatique empiétant sur des droits fondamentaux doit « [satisfaire] à une exigence de pertinence particulière »[271]. S'il n'existe pas de *numerus clausus* des intérêts publics à satisfaire, toutes les considérations politiques ne constituent pas un but d'intérêt public.

[269] ATF 123 I 112 consid. 7.
[270] ATF 123 I 112 consid. 7.
[271] DUBEY, art. 36 Cst. nº 102.

En l'occurrence, le but poursuivi par l'article de loi proposé semble être la protection des personnes mineures et de leur santé. Si l'art. 67A nLS lui-même n'explicite pas ce but (l'on peut ainsi douter du fait que le but soit suffisamment clair et précis[272]), l'exposé des motifs précise qu'« il est de la responsabilité [du] Grand Conseil de protéger le développement psychique et l'intégrité physique des mineur·x·e·s des conséquences délétères qui découlent des errances idéologiques de certains adultes se laissant aller à des actes médicaux contraires à la déontologie médicale ou incitant des enfants en recherche de leur identité à subir des actes irréversibles pour leur santé ».

Même si cette formulation relève davantage de la polémique, il est possible d'en déduire que le but d'intérêt public avancé est de protéger le développement psychique et l'intégrité physique des mineur·x·e·s, quel·le·s qu'ils/elles soient et indépendamment de l'âge durant la minorité, face aux interventions de réassignation sexuelle, sans qu'il ne soit véritablement expliqué ce qui est reproché à ces interventions et quelles seraient les « conséquences délétères » de celles-ci, et surtout dans quelle mesure il y a un but à ne pas tenir compte de l'acquisition progressive de l'autonomie de l'enfant[273] pour se déterminer, soit de sa capacité de discernement pour consentir à l'acte médical. Le but est donc, au mieux, de protéger les personnes mineures, mais aussi – et peut-être surtout – d'éviter les abus et qu'elles aient recours à des traitements ou interventions qu'elles pourraient par la suite regretter.

L'interdiction de la promotion (art. 67A al. 2 nLS) professe également un but de « protéger » les mineur·x·e·s. Elle a en réalité pour objectif de museler de manière préventive et préalablement toutes personnes qui souhaiterait transmettre des informations au sujet des interventions de réassignation sexuelle et de supprimer l'accès des mineur·x·e·s à ces informations afin de les protéger. On voit mal en quoi cet objectif pourrait être considéré comme légitime.

Les sanctions à l'encontre des professionnel·x·le·s de la santé (art. 67A al. 3 nLS) et la dénonciation systématique par les professionnel·x·le·s qui constateraient la situation de personne mineure ayant subi les pratiques interdites par le projet (art. 67A al. 4 nLS) visent des buts similaires.

[272] Exigence pourtant requise par le TF (ATF 136 I 87 consid. 3.1 = JdT 2010 I 367).
[273] A ce sujet, voir notamment : ZERMATTEN, p. 1 ss.

La protection des personnes mineures constitue en soi un but d'intérêt public légitime, qui est fait par ailleurs de protections constitutionnelles spécifiques tel que l'art. 11 Cst. En revanche, la question qui se pose ici est celle de savoir si les mesures proposées permettent réellement de protéger les personnes mineures comme le projet l'affirme ; nous le verrons dans la section suivante, la réponse à cette question est négative. (*infra* 6).

6. Le respect du principe de la proportionnalité

Chaque restriction d'un droit fondamental doit être proportionnée au but visé (art. 36 al. 3 Cst. et art. 43 al. 3 Cst. GE), ou, pour reprendre les termes employés par la CEDH dont la visée est la même, elle doit être « nécessaire dans une société démocratique ». L'exigence de la proportionnalité comprend trois volets cumulatifs : une mesure doit être *apte* à atteindre le but poursuivi ; elle doit être *nécessaire* pour atteindre le but visé et ne doit pas porter une atteinte disproportionnée au droit en question (pesée des intérêts, *proportionnalité au sens étroit*)[274].

Dans les cas d'espèce, les mesures peuvent être résumées ainsi :

- Interdiction des interventions de réassignation sexuelle, respectivement d'assignation sexuelle, voire d'interventions effectuées dans un but de réassignation (al. 3), voire de traitements (art. 67A al. 1 nLS) ;
- Interdiction de la promotion et de facilitation d'accès (art. art. 67A al. 2 nLS) ;
- Sanction en cas de prescription ou d'administration de traitement ou de réalisation d'interventions (art. 67A al. 3 nLS) ;
- Obligation de dénonciation (art. 67A al. 4 nLS)

La proportionnalité doit être vérifiée pour chacune d'elles.

Premièrement, l'***aptitude*** signifie qu'une mesure doit effectivement permettre d'atteindre le but visé « ou, au moins, à favoriser ou rapprocher suffisamment de la réalisation de ce but ». Ainsi, une mesure qui serait inefficace, inutile ou inapte ne remplit pas ce critère ; il en va de même lorsqu'une mesure « vise ou atteint un autre

[274] DUBEY, *Notion*, nº 739 ; MAHON, *Droits fondamentaux*, nº 38.

but que celui annoncé, si elle s'éloigne ou s'écarte du but d'intérêt public visé, ou si elle ne s'en approche que de manière négligeable ou insignifiante »[275]. Une mesure qui risque de produire des effets contreproductifs, contraires au but annoncé, ne remplit pas le critère de l'aptitude.

En l'espèce, l'aptitude des mesures proposées à atteindre le but de la protection des personnes mineures est plus que douteuse. En effet, l'interdiction (art. 67A al. 1 nLS) d'interventions de réassignation sexuelle – voire d'interventions effectuées dans un but de réassignation (al. 3), voire encore d'interventions visant la réassignation de genre (exposé des motifs) – risque au contraire de mettre en danger l'intégrité physique et psychique des personnes mineures, en leur fermant l'accès à des traitements médicalement indiqués.

L'interdiction de la « promotion » (art. 67A al. 2 nLS), qui empêche la transmission de certaines informations au sujet de la transidentité aux personnes mineures, ne paraît pas non plus apte à atteindre le but visé qui est celui de la protection des personnes mineures. En effet, face à l'impossibilité de recevoir des informations, - toutes informations pouvant être potentiellement considérées comme de la promotion -, la personne mineure se retrouvera en situation de désinformation pour exercer ses droits et se tournera vraisemblablement vers d'autres canaux diffusant de l'information, notamment sur internet (on pensera par exemple à TikTok) sur un territoire plus large que le canton de Genève, parfois douteuse et fausse voire invérifiées, qui auront certainement pour effet de mettre la personne mineure dans une situation précaire et cela à l'encontre de la protection de l'enfant dans son développement. La disposition risque donc de produire des effets contreproductifs et non voulus. Cela étant, si le but est celui de museler de manière préventive et préalablement toutes personnes qui souhaiterait transmettre des informations au sujet des interventions de réassignation sexuelle et de supprimer l'accès des mineur·x·e·s à ces informations alors probablement que l'interdiction de la « promotion » est en soi apte à atteindre le but visé ; cela ne veut encore pas dire, comme on le verra, que la mesure est nécessaire et proportionnée.

[275] DUBEY, art. 36 Cst. nº 119.

La mise en place de sanction en cas de prescription ou d'administration de traitement ou de réalisation d'interventions (art. 67A al. 3 nLS) ne paraît pas non plus apte à atteindre le but visé de la protection des personnes mineures. Ces sanctions auront pour effet de priver les personnes mineures de traitements ou interventions dont ils auraient besoin dans leur situation concrète, à leur détriment. Par ailleurs, certes les professionnel·x·le·s de la santé visés ne procèderont probablement plus aux pratiques interdites, mais d'autres professionnel·x·le·s de la santé d'autres cantons ou, on peut le craindre, d'autres personnes non habilitées prendront le relais en ce qui concerne la médication, ce qui ne contribue en tout cas pas à la protection des mineur·x·e·s.

L'obligation de dénonciation (art. 67A al. 4 nLS) ne paraît pas non plus apte à atteindre le but visé de la protection des personnes mineures, étant considéré que face à l'impossibilité de faire confiance à des professionnel·x·le·s, les personnes mineures se tourneront vraisemblablement vers d'autres personnes non considérées comme professionnelles, lesquelles pourront leur donner de multiples informations non professionnelles, voire invérifiées, qui auront certainement pour effet de mettre les personnes mineures dans des situations précaires.

Deuxièmement, une mesure doit être ***nécessaire*** afin d'atteindre le but d'intérêt public visé. En d'autres termes, et en application de la condition de subsidiarité, les pouvoirs publics sont tenus de choisir, parmi différentes mesures permettant d'atteindre un but d'intérêt public, celle qui porte le moins d'atteinte possible au droit fondamental en question.

Ici, le critère de la nécessité n'est pas rempli. En effet, si le but est de protéger les personnes mineures face à des interventions médicales, force est de constater que l'ensemble du cadre légal actuel assure la protection et en particulier le bon développement psychique et l'intégrité physiques des mineur·x·e·s. Ils/elles ont la possibilité de déterminer librement leur identité de genre et de pouvoir l'exprimer notamment en choisissant leur modifications corporelles importantes aux conditions offertes par le cadre légal actuel lequel permet de distinguer les enfants incapables de discernement des enfants capables de discernement par le biais notamment des règles sur la capacité de discernement et le consentement (*supra* IV/B à D), tout en prévoyant des obligations des médecins, lesquels sont tenus par leur devoir de

diligence et d'apprécier concrètement l'intérêt de l'enfant (*supra* III et *infra* V/A). Les mineur·x·e·s peuvent en outre se tourner vers des associations qui donnent des informations scientifiques et qui permettent aux mineur·x·e·s de se faire une opinion. L'interdiction de « promotion » n'est pas non plus nécessaire, le cadre légal actuel entourant adéquatement le droit à l'information.

Les mineur·x·e·s ont en outre la possibilité de bénéficier d'une prise en charge par des professionnel·x·le·s, sans craindre qu'ils/elles ne le/la/les dénoncent. Les dispositions légales applicables en la matière suffisent afin de protéger les enfants concernés, en particulier l'art. 314*c* CC qui prévoit d'ores et déjà un droit d'aviser l'autorité dans les situations où l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'un enfant semble menacée et prévoit une réserve au secret professionnel si l'intérêt de l'enfant le justifie, ainsi que l'art. 314*d* CC qui impose une obligation d'aviser l'autorité à certaines personnes lorsqu'elles ne sont pas soumises au secret professionnel et lorsque des indices concrets existent que l'intégrité physique, psychique ou sexuelle de l'enfant est menacée et qu'elles ne peuvent pas remédier à la situation dans le cadre de leur activité.

En réponse à deux interpellations parlementaires, le Conseil fédéral a par ailleurs précisé les différents aspects entourant la prise en charge et prise de décision médicale de personnes mineures, en insistant notamment sur le devoir de diligence médicale ainsi que sur les règles déontologiques[276] pour finalement dire que de nouvelles mesures n'étaient pas nécessaires et que le cadre légal suffisait. Il a en effet considéré qu' « [i]l incombe aux médecins traitants de confirmer ou d'écarter un diagnostic, de déterminer avec soin la capacité d'un mineur à porter un jugement et de le conseiller - si le mineur le souhaite et en tenant compte de son environnement familial - sur les options thérapeutiques (p. ex. l'utilisation de bloqueurs de puberté ou d'hormones, voire, dans certains cas, la mastectomie) et sur leurs risques ou conséquences pour la santé, afin qu'il puisse prendre une décision éclairée». Il a ajouté que « [l]es médecins assurant le traitement évaluent la situation au cas par cas

[276] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ».

sous l'angle médical et médico-éthique et proposent des options thérapeutiques, en s'appuyant sur les directives internationales et les dernières connaissances scientifiques »[277].

Troisièmement et dernièrement, la mesure doit respecter le ***principe de la proportionnalité au sens étroit***. Cette dernière condition signifie qu'une atteinte doit être raisonnablement exigible et implique une mise en balance ou pesée de tous les intérêts en cause[278]. En l'espèce, il s'agit de mettre en balance le droit à l'auto-détermination et la protection de l'intégrité physique et psychique des personnes mineures d'un côté, et celui de limiter l'accès à des traitements de l'autre.

L'art. 67A nLS ne permet pas aux personnes mineures concernées de déterminer librement leur identité de genre, étant considéré que pour une grande partie de ces personnes, l'expression de leur genre passe notamment par le fait de choisir ses modifications corporelles importantes. Ces personnes n'ayant plus accès aux traitements et interventions, elles n'ont de fait absolument plus la possibilité d'exprimer librement leur identité de genre. La disposition légale est sans demi-mesure. Aucune distinction n'est éventuellement faite entre les différentes méthodes et traitements en matière de réassignation sexuelle, alors même que des distinctions pourraient permettre l'expression de l'identité de genre dans une mesure plus relative. En outre, l'interdiction est généralisée et concerne tous les enfants mineurs, sans distinction. En particulier, il n'est fait aucune différence entre les mineur·x·e·s capables de discernement de ceux incapables de discernement, alors qu'il s'agit d'une véritable obligation de l'État[279]. Si l'ordre juridique a prévu une telle distinction, c'est justement pour tenir compte du processus et du stade de développement de chacun des enfants et des jeunes puisqu'ils acquièrent progressivement l'autonomie au fur et à mesure qu'ils approchent de l'âge adulte[280].

---

[277] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ».
[278] DUBEY, art. 36 Cst. nº 119.
[279] *Idem*, *Libertés*, nº 1727.
[280] *Idem*, *Libertés*, nº 1674.

De plus, les traitements médicaux visant une réassignation sexuelle – et encore plus les interventions chirurgicales – ne sont pratiquées en Suisse qu'à des conditions restrictives, dans le respect des règles déontologiques et éthiques de la profession médicale[281] et dans un cadre suivi et surveillé. Ainsi, un·e mineur·x·e ne peut avoir accès à de tels traitements que lorsqu'ils sont considérés comme étant indiqués dans l'optique de protéger au mieux sa santé et intégrité psychiques. Or, refuser des traitements alors même qu'ils seraient nécessaires créerait une situation de détresse. Pour les jeunes concerné·x·e·s, ces soins sont indispensables pour réduire leur souffrance et anxiété et il est ainsi nécessaire de leur en donner l'accès sauf à entacher leur bien-être[282]. La situation de l'enfant privé dans son identité ainsi que de transition comporte des inconvénients plus importants que les avantages que la société en retire, vu les discriminations auquel il fait face et les souffrances psychiques qu'il endure dans son développement[283], étant précisé qu'aucune autre mesure, comme la psychothérapie n'est envisageable alternativement. En effet, le CF a d'ailleurs rappelé que « l'incongruence de genre n'étant pas une maladie psychique ni psychiatrique, la psychothérapie ne saurait constituer un traitement en cas de diagnostic confirmé »[284].

On rappellera que l'art. 11 al. 2 Cst., en tant que garantie auxiliaire, vient d'autant plus soutenir cette logique en prévoyant que les enfants et les jeunes exercent eux/elles-mêmes leurs droits dans la mesure où ils/elles sont capables de discernement. Il n'est outre fait aucune distinction entre les potentielles situations auxquelles font face les mineur·x·e·s, comme les situations d'urgence ou de problème de santé particulier. Aucune solution qui restreindrait moins les droits fondamentaux des enfants capables discernement, comme le concours du consentement du représentant légal[285], n'est envisagée. L'absence de proportionnalité est ainsi manifeste.

---

[281] En particulier : WPATH, Standards V8, p. 1 ss.
[282] Voir la contribution scientifique du Dr méd. HAARMAN Guillaume, *Rapport sur les soins d'affirmation de genre chez les jeunes transgenres*, et les références citées, remise à la Commission des droits de l'Homme dans le cadre des déterminations sur le PL 13324.
[283] WAHLEN et al., p. 791 et réf. citées.
[284] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? »
[285] Nous pensons par exemple aux art. 22 et 23 LRH qui proposent un arsenal juridique nuancé en tenant compte des enfants (mineur·x·e·s de moins de 14 ans) mais également des adolescent·x·e·s (mineur·x·e·s de plus de 14 ans) et en prévoyant différentes conditions selon la situation, comme le consentement du/de la représentant·x·e légal·e en concours avec celui de la personne mineure.

L'interdiction de promotion (art. 67A al. 2 nLS) censure toute personne, sans distinction et a un impact direct sur la liberté d'opinion et d'information de l'enfant. Il n'est pas non plus distingué le type d'informations ou les comportements visés. Il n'y a ainsi pas de proportionnalité.

Quant aux sanctions, là aussi, il n'y a aucune réflexion en matière de proportionnalité. Les personnes visées sont larges et il n'y a pas de degré d'application en fonction du type de constat.

Quant à l'obligation de dénonciation de l'art. 67A al. 4 nLS, elle est extrêmement large, de sorte que les enfants concernés se retrouvent dans une situation où ils ne peuvent plus faire confiance à personne et risquent à tout moment des dénonciations, que ce soit par exemple leurs médecins ou leurs enseignants. Il n'y a en outre aucune pesée des intérêts de l'enfant et la dénonciation est prévue peu importe si les besoins fondamentaux de l'enfant sont ou non menacés, son bien être ou son développement touché ou non. De plus, le champ d'application est extrêmement large et ne permet pas de prendre en compte les différences de formation des professionnel·x·le·s et l'intensité du lien entre les enfants et les personnes concernées par l'obligation d'aviser.

Au vu de ce qui précède, l'absence de proportionnalité est manifeste.

7. Le respect du noyau dur

Le noyau dur des droits fondamentaux ne peut en aucun cas être violé (art. 36 al. 4 Cst. et art. 43 al. 4 Cst. GE). « Certaines manifestations élémentaires de la personnalité humaine, protégées au titre de la liberté personnelle, sont considérées comme intangibles »[286].

Dans le cas d'espèce, un·e mineur·x·e capable de discernement doit pouvoir exercer ses droits strictement personnels absolus et ne peut en être empêché totalement comme le projet le prévoit en matière de transition. Cela équivaut à vider le droit à la

[286] DUBEY, *Libertés*, nº 1510.

sphère privée de sa substance. En effet, l'essence du droit à être en conformité avec son identité de genre est inviolable[287].

8. Le résultat de l'analyse de la violation

Au vu de l'analyse qui précède (*supra* E/1 à 7), l'art. 67A nLS (en particulier al. 1 et 3) viole le droit au respect de la sphère privée (au sens de l'art. 13 Cst. et art. 21 Cst. GE) et en particulier le droit fondamental de déterminer librement son identité de genre et de pouvoir l'exprimer notamment en choisissant ses modifications corporelles importantes. L'art. 67A nLS viole en outre le droit à la liberté personnelle (au sens de l'art. 10 al. 2 Cst. et art. 20 Cst. GE.) et en particulier le droit fondamental de choisir une intervention sur son propre corps.

S'agissant de l'art. 67A al. 2 nLS, il viole le droit le droit à liberté d'opinion, d'information et d'expression de l'enfant (au sens de l'art. 16 Cst., art. 26 al. 2 et 28 Cst. GE), et à plus forte raison le droit des personnes appelées à transmettre ses informations.

Quant à l'art. 67A al. 4 nLS, il viole l'art. 13 Cst. (mais également l'art. 21 Cst. GE) qui protège la sphère privée.

Dans la mesure où l'examen par le biais des art. 36 Cst. et 43 Cst. GE a révélé que les restrictions des droits fondamentaux étaient contraires au droit et donc violaient notamment les dispositions légales susmentionnées, il ne fait aucun doute que l'art. 67A nLS viole également les art. 8 et 10 CEDH.

9. L'interdiction de discrimination et le droit à un accès égal aux soins

En tant qu'il est dans l'intérêt de tout individu de bénéficier d'un droit à un accès égal aux soins et de ne pas subir de discrimination, celui-ci mérite d'être protégé à ce titre (art. 8 al. 2 Cst. et art. 15 al. 2 Cst. GE)[288]. Etant donné qu'il est discuté dans la doctrine

[287] RECHER, *Personnes transgenres*, nº 19.
[288] Raisonnement basé sur les suggestions de DUBEY, *Libertés*, nº 1474 quant à la détermination de savoir si une prérogative et, ou non, protégée en tant que telle puis en l'espèce.

de savoir si l'art. 36 Cst. s'applique en relation avec l'interdiction de discrimination. Il est apparu adéquat d'examiner la violation séparément.

Préalablement, nous soulignerons qu'en tenant compte de la garantie auxiliaire de l'art. 11 Cst. visant la protection des enfants, la différence de traitement doit être d'autant plus motivée dans l'examen de la pertinence, de l'objectif et du caractère raisonnable[289].

L'exposé des motifs évoque des distinctions en fonction de l'âge et de la capacité de discernement mais ne donne aucune justification pour finalement ne faire aucune distinction dans le projet de loi. Rien ne justifie de traiter les mineur·x·e·s capables de discernement de façon identique aux mineur·x·e·s incapables de discernement, lesquels se trouvent être dans une situation différente des premiers.

Au vu de ce qui précède, l'art. 67A nLS viole le droit de bénéficier d'un droit à un accès égal aux soins et de ne pas subir de discrimination (au sens des art. 8 al. 2 Cst. et art. 15 al. 2 Cst. GE)[290].

S'agissant de l'art. 14 CEDH, il complète les autres clauses normatives de la Convention et ses Protocoles mais il n'a cependant pas d'existence indépendante, puisqu'il vaut uniquement pour « la jouissance des droits et libertés » garanties. Il peut cependant être invoqué avec l'art. 8 CEDH, en particulier dans l'examen du droit d'accès aux soins et de l'interdiction de discrimination et celui-ci semblerait également violé à cet égard. Vu l'absence de justification et le constat de la violation sur le plan suisse, il ne fait nul doute que la violation pourrait également être reconnue sur le plan de la CEDH.

[289] DUBEY, *Libertés*, n° 1724.
[290] Raisonnement basé sur les suggestions de DUBEY, *Libertés*, n° 1474 quant à la détermination de savoir si une prérogative et, ou non, protégée en tant que telle puis en l'espèce.

V. Les autres aspects importants du projet

A. Les droits et devoirs des professionnel·x·le·s

1. Du secret professionnel et médical ainsi que de fonction

L'art. 321 ch. 1 par. 1 CP prévoit une obligation de garder le secret et dispose que les ecclésiastiques, avocats, défenseurs en justice, notaires, conseils en brevet, contrôleurs astreints au secret professionnel en vertu du CO, médecins, dentistes, chiropraticiens, pharmaciens, sages-femmes, psychologues, infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, optométristes, ostéopathes, ainsi que leurs auxiliaires, qui révèlent un secret à eux confié en vertu de leur profession ou dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de celle-ci, sont, sur plainte, punis d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. L'art. 321 ch. 2 CP dispose quant à lui que la révélation n'est pas punissable si elle est faite avec le consentement de l'intéressé ou si, sur la proposition du détenteur du secret, l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance l'autorise par écrit (à Genève, l'art. 12 LS est applicable).

Le secret médical est couvert par l'art. 321 CP. Plusieurs autres lois prévoient une obligation d'observer le secret (notamment art. 40 let. f LPMéd, art. 27 let. e LPsy, art. 16 let. f LPSan). Sur le plan cantonal, l'art. 86 LS vient également rappeler le secret professionnel des professionnel·x·le·s de la santé et leurs auxiliaires par un renvoi à l'art. 321 CP[291]. Au titre de sanction pénale, l'art. 134 al. 1 let. h LS dispose que sous réserve des sanctions pénales visées par les lois fédérales spécifiques, est passible d'amende la personne qui sans droit, n'aura pas respecté le secret professionnel au sens de la présente loi.

On l'a vu, l'obligation d'aviser au sens de l'art. 67A al. 4 nLS est questionnable du point de vue de la répartition des compétences (*supra* III/A/3). Nous renvoyons à ces considérations.

[291] Pour une critique de ce type de renvoi : GUILLOD / ERARD, nº 478.

Par ailleurs, l'art. 67A al. 4 nLS ne prévoit pas d'exception à l'obligation d'aviser. L'entrée en vigueur d'une telle disposition légale serait ainsi extrêmement problématique dans son application pour les professionnel·x·le·s concerné·x·e·s et ne saurait être considérée comme valable.

On rappellera en tant que de besoin qu'outre l'angle privé et public (*supra* IV/B/3), le secret médical facilite l'exercice de la profession en permettant d'instaurer un climat de confiance propice au bon fonctionnement de la relation thérapeutique[292]. L'art. 67A al. 4 nLS interfère dans cet intérêt et serait préjudiciable à ce bon fonctionnement.

2. Du devoir d'information, de recueillir le consentement et de diligence

Au préalable, on relèvera simplement qu'à l'heure actuelle, de plus en plus de professionnel·x·le·s de la santé[293] mais aussi ceux/celles œuvrant dans le domaine de l'éducation, de la santé, du social du sport ou des activités jeunesse sont conscients des droits et besoins des personnes LGBTQIA+.

Ces professionnel·x·le·s de la santé ont de multiples obligations. En particulier, il incombe aux médecins traitants de confirmer ou d'écarter un diagnostic[294], cela vaut notamment pour l'incongruence de genre (DSM-5:302.85). Le choix thérapeutique dépend de la responsabilité des médecins traitants, lesquels sont tenus d'évaluer la situation d'un point de vue médical et médico-éthique, au cas par cas, en se conformant aux directives internationales ainsi qu'aux dernières avancées scientifiques[295]. A cette fin, ils ont le devoir de se former tout au long de leur pratique

[292] GUILLOD / ERARD, nº 417.
[293] D'ailleurs, plusieurs articles scientifiques de sensibilisation des problématiques propres aux personnes LGBTQIA+ ont récemment été publiés, not. : GENOUD / DUBOIS / MICHELY / CRAMER / MERGLEN / DOMINICE DAO / BERTHOLET / GHANNOO / FEHLMANN, p. 1456 ss ; WAHLEN et al., p. 789 ss.
[294] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ».
[295] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ».

et de se mettre à jour régulièrement[296]. En outre, comme pour toute spécialité médicale, le devoir de diligence médicale s'applique (art. 398 CO)[297]. Les médecins sont tenus de respecter l'art médical, d'agir en premier lieu dans l'intérêt du patient ou de la patiente[298]. Seul un traitement indiqué du point de vue médical est dans l'intérêt de l'enfant.

Par ailleurs, le/la médecin doit examiner la capacité de discernement du/de la patient·x·e (au sens de *supra* IV/B/2). En cas de doute sur la capacité de discernement, le/la médecin peut faire appel à un ou une psychiatre, ou à tout autre médecin en mesure de l'évaluer[299]. Cela peut se justifier d'autant plus que la détermination concrète de la capacité de discernement n'est pas toujours aisée s'agissant des patient·x·e·s mineur·x·e·s. En effet, la souffrance et les traitements parfois déjà mis en œuvre, l'influence des proches mais aussi la peur de décevoir peuvent notamment affaiblir la capacité du/de la mineur·x·e de s'exprimer librement et le/la rendre vulnérable[300].

Le/la médecin doit faire preuve de prudence dans son évaluation de la capacité de discernement et consigner au dossier tous les éléments qui lui ont permis de se déterminer sur la capacité de discernement de l'enfant, respectivement de son absence de capacité de discernement[301].

Le/la professionnel·x·le de la santé doit s'assurer d'obtenir le consentement[302] du/de la mineur·x·e capable de discernement (*supra* IV/C), respectivement de ses représentant·x·e·s légaux·ales, s'il/elle est incapable de discernement et qu'il s'agit de

[296] Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ».
[297] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? » ; ATF 133 III 121 consid. 3; JdT 2008 I p. 103 (rés.).
[298] Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? »
[299] GALETTI, p. 117; MIRABAUD / BARBE / NARRING, p. 416.
[300] GALETTI, p. 119.
[301] *Idem*, p. 127.
[302] ATF 117 Ib 197 consid. 2a, JdT 1992 I 214 (trad.).

droits soumis à représentation (*supra* IV/D). Le/la professionnel·x·le de la santé a un devoir d'information en fournissant les informations nécessaires de manière complète, claire et intelligible, en tenant compte de l'âge du/de la patient·x·e·s (*supra* IV/B/3).

Par la suite, le/la professionnel·x·le de la santé se doit de faire un suivi conforme aux exigences médicales en la matière[303].

L'art. 67A nLS aurait pour effet d'interdire les pratiques et *a minima* les interventions de réassignation sexuelle. Le/la médecin se trouverait ainsi privé de pouvoir proposer un traitement qu'il/elle considère comme bénéfique et adéquat, conformément aux règles susmentionnées. Par le biais du droit cantonal, à savoir l'art. 67A al. 3 nLS, il serait en outre possible de sanctionner un médecin, pour avoir administré/prescrit un traitement autorisé et remboursé par le droit fédéral à une personne capable de discernement (potentiellement avec l'accord de ses représentants légaux au surplus) et alors que ce traitement est celui qui devrait être envisagé en tenant compte du diagnostic et de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Les règles encadrant la pratique des médecins sont pourtant suffisantes et aucune violation des droits constitutionnels de l'enfant ne se justifie (*supra* IV/E).

3. De la liberté économique des professionnel·x·le·s

La liberté économique est garantie par les art. 27 Cst. et 35 Cst. GE. Les professionnel·x·le·s de la santé en sont titulaires. Cela étant, s'agissant des tâches publiques, les médecins ne peuvent s'en prévaloir que de manière limitée[304]. Selon les situations, certaines personnes morales de droit public peuvent également en être titulaires[305].

Le projet vise à interdire des prestations médicales reconnues et prises en charge par l'AOS, respectivement l'AI[306]. Ces interdictions ont, de fait, forcément un impact sur

303 Voir notamment : MAVROMATI, p. 26 s.
304 DUBEY, *Libertés*, nº 2788.
305 *Idem*, *Libertés*, nº 2789 ss.
306 Réponse du CF à l'interpellation 17.3032 du 28 février 2017 « Garantir les droits des personnes transgenres » ; CNE intersexualité, p. 17 ss.

les professionnel·x·le·s de la santé agissant notamment comme fournisseur de prestations à la charge de l'AOS. En effet, l'art. 67A nLS a pour conséquence qu'ils/elles ne peuvent plus fournir des prestations prises en charge par l'État au risque de se voir sanctionner (art. 67A al. 3 nLS), contrairement d'ailleurs à leurs concurrent·x·e·s directs exerçant dans les autres cantons suisses.

Il ne fait donc pas de doute que dit projet pourrait avoir des répercussions et atteindre le droit à la liberté économique des professionnel·x·le·s concerné·x·le·s (art. 27 Cst. et 35 Cst. GE) mais aussi le principe de la liberté économique (au sens de l'art. 94 Cst., lequel ne souffre que de dérogations très limitées s'agissant des cantons [art. 94 al. 4 Cst.] et qui exige une base légale formelle qualifiée c'est-à-dire constitutionnelle) ainsi que le droit à l'égalité de traitement entre concurrents directs.

Comme annoncé au titre de délimitations (*supra* I/B), nous ne traiterons pas plus longuement de cette problématique. Cela étant, une violation en contrariété aux conditions de l'art. 36 Cst et 43 Cst. GE n'est pas exclue et paraît même, selon toutes vraisemblances, probable.

B. Le droit à la liberté des médias et de la presse

La liberté des médias et de la presse est quant à elle garantie par l'art. 17 Cst. ainsi que l'art. 27 Cst. GE) mais aussi par les art. 10 CEDH et 19 Pacte ONU II. On relève qu'en plus des garanties formulées, l'art. 17 al. 2 Cst. prévoit que la censure est interdite.

L'art. 67A al. 2 nLS limite directement les médias et la presse qui feraient de la promotion des interventions de réassignation sexuelle puisque dite promotion est interdite. Cette interdiction atteint la liberté des médias et de la presse. La mesure étatique d'interdiction précédant la publication ou la diffusion d'un message, elle correspond à une censure préalable et non provisoire quant à un contenu à savoir de façon générale les interventions de réassignation sexuelle.

Comme annoncé au titre de délimitations (*supra* I/B), nous ne traiterons pas plus longuement de cette problématique. Cela étant, une violation de la liberté des médias

et de la presse en contrariété aux conditions de l'art. 36 Cst et 43 Cst. GE ainsi que de l'art. 10 par. 2 CEDH n'est pas exclue et paraît même, selon toutes vraisemblances, probable.

VI. Conclusion

Au vu de ce qui précède, de l'avis des soussignées, le projet de loi manque de clarté et est mal ficelé (*supra* II). Il est en outre contraire au droit tant cantonal, fédéral qu'international (*supra* II, III, IV et V). Il vise à empêcher l'accès aux soins aux mineur·x·e·s transgenres et intersexes, en violant en particulier l'autodétermination et le droit fondamental des mineurs·x·e·s capables de discernement de consentir à un traitement médical ainsi qu'en faisant abstraction de la notion de droits strictement personnels. En ce sens, le projet PL 13324 va à l'encontre de l'approche transaffirmative, orientée vers la compréhension, la reconnaissance et le soutien de l'expérience du genre vécue par chaque personne, laquelle est recommandée par l'OMS et par la plupart des instances de professionnel·x·le·s du terrain[307].

Le projet PL 13324 contribue par ailleurs à rendre les mineurs·x·e·s concerné·x·e·s victimes de stigmatisation et de discrimination, tant dans la société mais aussi dans le domaine des soins. Il contribue également au manque d'acceptation de soi des enfants concerné s et n'encourage pas les professionnel·x·le·s de la santé à faire preuve de compréhension envers le ressenti de ces mineur·x·e·s[308].

En plus d'empêcher la prise en charge médicale des personnes concernées, le projet PL 13324 mélange la santé, l'éducation, le sport ou encore le social et tend en outre à empêcher de parler d'identité de genre aux mineurs·x·e·s en muselant les professionnel·x·le·s quels qu'ils/elles soient.

En l'état, le projet PL 13324 a pour objet l'interdiction pure et simple. Or, comme pour beaucoup de domaines, la réglementation de la matière est bien plus appropriée que l'interdiction. Dans le cas d'espèce, la réglementation actuelle (telle que présentée

[307] WAHLEN et al., p. 791 et réf. citées.
[308] MAVROMATI, p. 27 soulève déjà ces problématiques qui ne feraient que s'empirer avec un tel projet de loi.

particulièrement *supra* III et IV) est adéquate et suffisante. De plus, elle permet de respecter les droits fondamentaux des personnes mineures concernées et en particulier l'autodétermination en matière médicale des mineurs·x·e·s capable de discernement. Interpellé par deux fois sur ces questions, le CF a confirmé que le cadre légal actuel suffisait[309]. En effet, les professionnel·x·le·s sont tenus par des droits et devoirs. En particulier, ils/elles ont un devoir de diligence et doivent tenir compte de l'intérêt du/de la patient·x·e mineur·x·e·s (*supra* V/A/1). En cas d'interventions médicales inappropriées ou de non-respect des règles légales en matière de consentement et de représentation, la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients doit intervenir[310] conformément aux art. 6 al. 2 LS et art. 8 LComPS GE.

Dès lors, les soussignées **recommandent aux député·x·e·s de la Commission des droits de l'Homme du Grand Conseil de rejeter** le projet PL 13324 déposé le 9 mai 2023 devant le Grand Conseil de la République et canton de Genève, conformément à leurs pouvoirs en vertu de l'art. 190 LRGC. En effet, dit projet n'est pas légal et pas conforme au droit.

En outre, les soussignées **recommandent aux député·x·e·s du Grand Conseil de voter non** au projet PL 13324 déposé le 9 mai 2023 devant le Grand Conseil de la République et canton de Genève, lequel n'est pas légal et pas conforme au droit.

Si toutefois, le Grand Conseil devait voter en faveur du projet PL 13324, vu l'absence de légalité et de conformité au droit du projet, il conviendrait de demander le référendum dans un délai de 40 jours dès la publication de la loi dans la Feuille d'avis officielle (art. 67 s. Cst. GE, art. 8 LFPP, art. 85 ss LEDP).

---

[309] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ». Voir également s'agissant du fait que les droits matériels des patients ne présentent pas de lacune : Rapport 2015, p. 79.

[310] Avis du CF du 15 février 2023 en réponse à l'interpellation 22.4422 du 14 décembre 2022 «Bloqueurs de puberté, traitements hormonaux et opérations chirurgicales chez les mineurs. Pourquoi sont-ils autorisés? » ; Avis du CF du 16 février 2022 en réponse à l'interpellation 21.4506 du 16 février 2021 « Médicalisation exponentielle des jeunes trans. La Suisse va-t-elle encadrer des pratiques contestées? ».

Ensuite, si le référendum ne devait pas aboutir, il serait envisageable de déposer un recours abstrait devant la Chambre constitutionnelle de la Cour de Justice (art. 57 al. 4 LPA GE et 130*b* al. 1 let. a LOJ GE), en tenant compte du délai de 30 jours à compter de la promulgation de la loi par le Conseil d'État (art. 62 al. 1 let. d LPA GE et 109 al. 4 Cst. GE). Selon l'art. 2 PL 13324, la loi entrera en vigueur le lendemain de sa promulgation. Quant aux autres conditions de recevabilité du recours, elles ne devraient pas poser problème. En effet, l'objet doit être susceptible de recours ce qui est le cas en vertu de l'art. 57 let. d LPA GE. Pour ce qui est de la qualité pour recourir, elle reviendra à toutes les personnes touchées par la loi et qui ont un intérêt personnel digne de protection (art. 60 al. 1 let. b LPA GE). Une association a également la qualité pour recourir lorsqu'elle est touchée personnellement ou lorsqu'elle défend les intérêts de ses membres[311]. Cette seconde option n'est possible que si quatre conditions sont remplies ; l'association doit avoir la personnalité juridique, elle doit avoir pour but statutaire la défense des intérêts de ses membres, l'acte en question touche un grand nombre des membres dans leur intérêt digne de protection et ces membres auraient eux/elles aussi, la qualité pour recourir[312]. Si l'association a la qualité pour recourir devant le TF, alors elle a également la qualité pour recourir devant les autres tribunaux des instances précédentes (art. 111 al. 2 LTF). Dans le cas d'espèce, il s'agira d'examiner le moment venu si l'association ÉPICÈNE a la qualité pour recourir. Enfin, le motif du recours réside en la violation du droit (art. 61 LPA GE).

Ensuite, s'il devait y avoir un recours contre l'acte normatif cantonal jusqu'au Tribunal fédéral (au sens de l'art. 82 let. b, 86, 87 et 89 LTF), on précisera encore que le juge constitutionnel examinera la disposition et ne devrait pas laisser subsister une norme dont la teneur permet de craindre, avec une certaine vraisemblance et au vu des circonstances, qu'elle soit interprétée à l'avenir contrairement à la Constitution[313].

311 MAHON, *Droit constitutionnel*, nº 330.
312 AUER / MALINVERNI / HOTTELIER, *l'Etat*, nº 2113 ; MAHON, *Droit constitutionnel*, nº 330. Voir en outre : arrêt 2C_613/2015 du 7 mars 2017 consid. 1.1.
313 ATF 114 Ia 350 consid. 2, SJ 1989 p. 425.

SPHERA • ÉTUDE D'AVOCATES

unine
Université de Neuchâtel
Faculté de droit

Les soussignées demeurent à disposition pour proposer, au besoin, un ou des avis de droit complémentaires.

Lausanne, le 20 novembre 2023

Tiffaine Stegmüller, Dre iur., Av.,
Ch. ens., Ch. cours

Nesa Zimmermann, Dre iur.,
Prof. ass.

Bibliographie

Doctrine

AEBI-MÜLLER Regina, *Der urteilsunfähige Patient – eine zivilrechtliche Auslegeordnung*, in: Jusletter 22. Septembre 2014

AUBERT Jean-François, art. 122 Cst., in : Aubert Jean-François / Mahon Pascal (édit.), *Petit commentaire de la Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999*, Zurich / Bâle / Genève 2003 (cité : AUBERT, art. X Cst.).

Aubert Jean-François / Mahon Pascal (édit.), *Petit commentaire de la Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999*, Zurich / Bâle / Genève 2003.

AUER Andreas / MALINVERNI Giorgio / HOTTELIER Michel, *Droit constitutionnel suisse*, vol. I : *l'État*, 3e éd., Berne 2013 (cité : AUER / MALINVERNI / HOTTELIER, *l'État*).

BALZARETTI Sofia, *Les opérations non consenties d'assignation sexuelle sur les enfants intersexes : enjeux actuels en droit suisse*, in : Besson Samantha / Mausen Yves / Pichonnaz Pascal / Karametaxas Xenia (édit.), *Le consentement en droit*, Genève / Zurich / Bâle 2018, p. 133 ss.

BERTHOLET Lynn / SHEYBANI Roxane, *Quels droits pour les personnes transgenres en 2019 ?*, Revue de l'avocat 2019 p. 203 ss.

Besson Samantha / Mausen Yves / Pichonnaz Pascal / Karametaxas Xenia (édit.), *Le consentement en droit*, Genève / Zurich / Bâle 2018.

BOVET Christian / GRODECKI Stéphane, art. 6 CC, in : Pichonnaz Pascal / Foëx Bénéfict (édit.), *Commentaire Romand – Code civil I*, Bâle 2010.

BREITSCHMID Peter, art. 314*c* à 314*e* CC, in : Geiser Thomas / Christiana Fountoulakis (édit.), *Basler Kommentar Zivilgesetzbuch I*, 7e éd., Bâle 2022.

BROWN George R., *Incongruence et dsyphore de genre*, in : Le manuel MSD Version pour les professionnels de la santé (https://www.msdmanuals.com/fr/professional), juin 2023, p. « https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/sexualit%C3%A9-dysphorie-de-genre-et-paraphilies/incongruence-et-dysphorie-de-genre?query=incongruence# »(03.10.23).

BÜCHLER Andrea / COTTIER Michelle, *« Intersexualität, Transsexualität und das Recht: Geschlechtsfreiheit und körperliche Intergrität als Eckpfeiler einer neuen Konzeption»*, Freiburger FrauenStudien 17 p. 115 ss (cité : BÜCHLER / COTTIER, *Intersexualität*).

BÜCHLER Andrea / COTTIER Michelle, *Transgender, Intersex und Elternschaft in der Schweiz und im Rechtsvegleich*, FamPra 2020 p. 875 ss (cité : BÜCHLER / COTTIER, *Transgender*).

BÜCHLER Andrea / MICHEL Margot, *Medizin - Mensch – Recht - Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz*, 2e éd., Zurich 2020.

Büchler Andrea / Schwenzer Ingeborg (édit.), *Achte Schweizer Familienrecht§Tage – 28/29 janvier 2016 à Zurich*, Berne 2016.

COLEMAN E. et al., *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender diverse people – Version 8*, International Journal of Transgender Health, 2022 (cité: WPATH, Standards V8).

Commissaire aux droits de l'homme, *La discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe*, Conseil de l'Europe, Strasbourg 2011 (cité : Commissaire discrimination).

COTTIER Michelle, *Bezirksgericht Einsideln, Einzelrichter, Entscheid ZES 2019 016 vom 19. Juni 2019, Änderung von Geschlecht und Vornamen bei urteilsfähigen Minderjährigen (unpubliziert)*, PJA 2020 p. 942 ss (cité : COTTIER, *Einsideln*).

CROCETTA Christian, *I diritti e l'autonomia decisionale del minore in ospedale*, Thèse, Neuchâtel / Bâle 2014.

DEVAUD Coralie, *L'information en droit médical – Étude de droit suisse*, Thèse Lausanne, Zurich 2009.

DONZALLAZ Yves, *Traité de droit médical* – Volume I : *L'État, le médecin, les soignants et le patient: entre droit, éthique et règles de l'art* – Volume II : *Le médecin et les soignants*, – Volume III : *Le patient*, Berne 2021.

DUBEY Jacques, art. 36 Cst., in : Martenet Vincent / Dubey Jacques (édit.), *Commentaire romand Constitution fédérale*, Bâle 2021 (cité : DUBEY, art. 36 Cst.).

DUBEY Jacques, *Droits fondamentaux - Libertés, garanties de l'État de droit, droits sociaux et politiques*, vol. II, Bâle 2018 (cité : DUBEY, *Libertés*).

DUBEY Jacques, *Droits fondamentaux – Notion, garantie, restriction et juridiction*, vol. I, Bâle 2018 (cité : Dubey, *Notion*).

DUPONT Anne-Sylvie / BURGAT Sabrina / HOTZ Sandra / LÉVY Mélanie, *Le droit à la santé, une perspective de droit comparé - Suisse*, Service de recherche du Parlement européen, Neuchâtel 2022, disponible in : https://www.unine.ch/ids (consulté le 20.07.22).

Dupont Anne-Sylvie / Moser-Szeless Margit (édit.), *Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales*, Bâle 2018.

FANKHAUSER Roland, art. 19*c* CC, in : Geiser Thomas / Fountoulakis Christiana (édit.), *Basler Kommentar Zivilgesetzbuch I*, 7e éd., Bâle 2022.

Frésard-Fellay Ghislaine / Klett Barbara / Leuzinger Susanne, (édit.), *Basler Kommentar Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)*, Bâle 2020.

GÄCHTER Thomas / RENOLD-BURCH Stéphanie, art. 117*a* et 118 Cst., in : Waldmann Bernhard / Belser Eva Maria / Epiney Astrid (édit.), *Basler Kommentar Bundesverfassung*, Bâle 2015.

GÄCHTER Thomas / RÜTSCHE Bernhard, *Gesundheitsrecht - Ein Grundriss für Studium und Praxis*, 4e éd., Bâle 2018.

GALETTI Benedetta Sara, *Le consentement des mineurs dans le domaine médical*, in : Besson Samathan / Mausen Yves / Pichonnaz Pascal / Karametaxas Xenia (édit.), *Le consentement en droit*, Genève / Zurich / Bâle 2018, p. 113 ss.

GAVILLET Aurélie, art. 11 Cst., in : Martenet Vincent / Dubey Jacques (édit.), *Commentaire romand Constitution fédérale*, Bâle 2021.

Geiser Thomas / Christiana Fountoulakis (édit.), *Basler Kommentar Zivilgesetzbuch I*, 7e éd., Bâle 2022.

GENOUD Matthieu / DUBOIS Natacha / MICHELY David / CRAMER Bérénice / MERGLEN Arnaud / DOMINICÉ DAO Melissa / BERTHOLET Lynn / GHANNOO Ehsaan / FEHLMANN Christophe A., *Personnes LGBTQIA+ : enjeux de prise en charge aux urgences*, Rev Med Suisse 19/2023 p. 1456 ss.

GRESET Cécile, *Pour une critique du droit Suisse dans une perspective féministe. Le parcours de transition d'une jeune femme trans**, Master en droit, Genève 2019.

GUILLOD Olivier, *Droit des personnes*, 5e éd., Neuchâtel / Bâle 2018 (cité : GUILLOD, *Droit des personnes*).

GUILLOD Olivier, *Le consentement éclairé du patient : autodétermination ou paternalisme ?*, Thèse, Neuchâtel 1986 (cité : GUILLOD, *Le consentement*).

GUILLOD Olivier / ERARD Frédéric, *Droit médical*, Neuchâtel 2020.

HERTIG RANDALL Maya / CARRON Djemila / ZIMMERMANN Nesa / VALLIER Camille, *Les droits des personnes LGBT*, in : Université de Genève (https://unige.ch/), 2e éd., Genève 2023, p. « https://www.unige.ch/droit/lawclinic/files/4016/9805/3363/Les_Droits_des_Personnes_LGBT_2023.pdf » (06.11.23).

HERTIG RANDALL Maya / MARQUIS Julien, art. 10 Cst., in : Martenet Vincent / Dubey Jacques (édit.), *Commentaire romand Constitution fédérale*, Bâle 2021 (cité : HERTIG RANDALL / MARQUIS, art. 10 Cst.).

HERTIG RANDALL Maya / MARQUIS Julien, art. 13 Cst., in : Martenet Vincent / Dubey Jacques (édit.), *Commentaire romand Constitution fédérale*, Bâle 2021.

HERTIG RANDALL Maya / ZIMMERMANN Nesa / KRATTIGER Barbara / DERUNGS Anja, *Was gilt ? LGBTI – meine Rechte*, in: Université de Genève (https://unige.ch/), Berne / Zurich / Genève 2023, p. «https://www.unige.ch/droit/lawclinic/files/8315/6828/1155/droits-lgbt-2018.pdf» (28.09.23).

HIRSIG-VOUILLOZ Madeleine, *La responsabilité civile du fait du médicament en droit suisse - Étude en particulier de la responsabilité de l'entreprise pharmaceutique, du médecin, du pharmacien et de l'État*, Thèse, Lausanne 2022.

KAHIL-WOLFF HUMMER Bettina, art. 117*a* Cst., in : Martenet Vincent / Dubey Jacques (édit.), *Commentaire romand Constitution fédérale*, Bâle 2021.

KAHIL-WOLFF HUMMER Bettina / JOSEPH Manon, art. 118 Cst., in : Martenet Vincent / Dubey Jacques (édit.), *Commentaire romand Constitution fédérale*, Bâle 2021.

KUZNIAR Nadia / SAVARY Fiona, *Änderung von Namen und amtlichem Geschlecht bei Transmenschen in der Schweiz: Der lange Weg zur staatlichen Anerkennung*, ex ante 1/2017 p. 40 ss.

MAHON Pascal, art. 10 Cst., in : Aubert Jean-François / Mahon Pascal (édit.), *Petit commentaire de la Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999*, Zurich / Bâle / Genève 2003 (cité : MAHON, art. X Cst.).

MAHON Pascal, *Droit constitutionnel*, vol. I, 3e éd., Bâle 2014 (cité : MAHON, *Droit constitutionnel*).

MANAÏ Dominique, *Droits du patient et biomédecine*, Berne 2013.

MARTENET Vincent, art. 8 et 49 Cst., in : Martenet Vincent / Dubey Jacques (édit.), *Commentaire romand Constitution fédérale*, Bâle 2021.

Martenet Vincent / Dubey Jacques (édit.), *Commentaire romand Constitution fédérale*, Bâle 2021.

MAVROMATI Maria, *Prise en charge des personnes avec incongruence de genre : le point de vue de l'endocrinologue*, Rev. Méd. Suisse 17/2021 p. 24 ss.

MEIER Philippe, *Droit des personnes – Personnes physiques et morales, art. 11-98a CC*, 2e éd., Genève / Zurich / Bâle 2021.

MICHEL Margot, *Rechte von Kindern in medizinischen Heilbehandlungen*, Thèse, Bâle 2009 (cité: MICHEL, *Rechte von Kindern*).

MICHEL Margot, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung: Partizipationsrechte von Kindern und Jugendlichen im Bereich medizinscher Heilbehandlungen*, Fampra 2/2008 p. 243 ss (cité: MICHEL, *Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung*).

MICHEL Margot / RUTISHAUSER Christoph, *Kinder und Jugendliche als Patientinnen und Patienten - Ein Beitrag aus rechtlicher und medizin-ethischer Sicht*, in: Büchler Andrea / Schwenzer Ingeborg (édit.), *Achte Schweizer Familienrecht§Tage – 28/29 janvier 2016 à Zurich*, Berne 2016, p. 3 ss.

MIRABAUD Madeleine / BARBE Rémy / NARRING Françoise, *Les adolescents sont-ils capables de discernement ? Une question délicate pour le médecin*, Rev. Méd. Suisse 9/2013 p. 415 ss.

MONTAVON Pascal, *La personne, sujet de droits et d'obligations*, in : Montavon Pascal et al. (édit.), *Abrégé de droit civil - Art. 1er à 640 CC / LPart / LPD / LN*, 4e éd., Zurich 2020, p. 45 ss.

Montavon Pascal et al. (édit.), *Abrégé de droit civil - Art. 1er à 640 CC / LPart / LPD / LN*, 4e éd., Zurich 2020.

PERRENOUD Stéphanie, art. 3 LPGA, in : Dupont Anne-Sylvie / Moser-Szeless Margit (édit.), *Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales*, Bâle 2018 (cité : PERRENOUD, art. 3 LPGA).

PERRENOUD Stéphanie, *Dysphorie de genre et assurance-maladie – Quelques considérations à la lumière de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_183/2016 du 26 juin 2016*, REAS 4/2016 p. 428 ss (cité : PERRENOUD, *Dysphorie de genre*).

Pichonnaz Pascal / Foëx Bénéfict (édit.), *Commentaire Romand – Code civil I*, Bâle 2010.

PIOTET Denis, art. 122 Cst., in : Martenet Vincent / Dubey Jacques (édit.), *Commentaire romand Constitution fédérale*, Bâle 2021.

RECHER Alecs, *Le droit des personnes transgenres*, in : Ziegler Andreas R. / Montini Michel / Copur Eylem Ayse (édit.), *Droit LGBT – Droits des gays, lesbiennes, bisexuels et transgenres en Suisse*, 2e éd., Bâle 2015 (cité : RECHER, *Personnes transgenres*).

RECHER Alecs, *Santé sexuelle et reproductive et droits y afférents - État des lieux du droit de l'ONU, du Conseil de l'Europe et du droit suisse*, Avis de droit sur mandat de Santé sexuelle suisse (SSCH), in : SSCH (https://www.sante-sexuelle.ch/), Berne 2019, p. https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/SSR-et-droits.pdf (29.09.2023) (cité : RECHER, *État des lieux*).

RECHER Alecs / SPRECHER Franziska, *« Inter*: Zwischen stigmatisierender Pathologisierung und individuellem Unterstützungsbedarf»*, Pflegerecht 1/2017 p. 45 ss.

REICHLIN Jérémy, *Le droit des personnes LGBT*, in : Montavon Pascal et al. (édit.), *Abrégé de droit civil - Art. 1er à 640 CC / LPart / LPD / LN*, 4e éd., Zurich 2020, p. 723 ss.

SANDBERG Kristen, *« The Rights of LGBTI Children under the Convention on the Rights of the Child »*, Nordic Journal of Human Rights 33/4 p. 337 ss.

SHAHA Maya, *« Pflege und Recht in Bezug und Geschlechtsvariationen»*, Pflegerecht 3/2013 p. 130 ss.

THOMMEN Marc, *Medizinische Eingriffe an Urteilsunfähigen und die Einwilligung der Vertreter : eine strafrechtliche Analyse der stellvertretenden Einwilligung*, Thèse, Bâle/Zurich 2004.

TRAUB Andreas, art. 3 LPGA, in: Frésard-Fellay Ghislaine / Klett Barbara / Leuzinger Susanne, (édit.), *Basler Kommentar Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)*, Bâle 2020.

VAERINI Micaela, *La représentation dans le domaine médical à la lumière des nouvelles dispositions de protection de l'adulte et de l'enfant*, in : Jusletter 8 septembre 2014.

WAHLEN Raphaël et al., *Adolescents transgenres et non binaires : approche et prise en charge par les médecins de premier recours*, Rev. Méd. Suisse 16/2020 p. 789 ss.

Waldmann Bernhard / Belser Eva Maria / Epiney Astrid (édit.), *Basler Kommentar Bundesverfassung*, Bâle 2015.

WERLEN Mirijam, *Persönlichkeitsschutz des Kindes, höchstpersönliche Rechte und Grenzen elterlicher Sorge im Rahmen medizinischer Praxis : das Beispiel von Varianten der Geschlechtsentwicklung und DSD*, thèse, Berne 2014.

WERRO Franz / SCHMIDLIN Irène, art. 16 CC, in : Pichonnaz Pascal / Foëx Bénéfict (édit.), *Commentaire Romand – Code civil I*, Bâle 2010.

ZERMATTEN Jean, *La position de l'enfant face au traitement médical*, in : CSDH (https://skmr.ch/fr/) septembre 2014, p. « https://skmr.ch/fr/publications-documentations/artikel/die-stellung-des-kindes-bei-einer-medizinischen-behandlung » (27.09.2023).

Ziegler Andreas R. / Montini Michel / Copur Eylem Ayse (édit.), *Droit LGBT – Droits des gays, lesbiennes, bisexuels et transgenres en Suisse*, 2e éd., Bâle 2015.

Documents officiels

Guide sur la jurisprudence de la Convention européenne des droits de l'homme - Droits des personnes LGBTI, version au 28 février 2023, disponible in : https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/guide_lgbti_rights_fre (cité: Guide CEDH).

Message du Conseil fédéral du 6 décembre 2019 concernant la révision du code civil suisse (Changement de sexe à l'état civil), FF 2020 p. 779 ss (cité : Message révision CC).

Directives médico-éthiques de l'ASSM du 29 novembre 2018 concernant la capacité de discernement dans la pratique médicale (cité : ASSM capacité de discernement).

Rapport explicatif du 23 mai 2018 relatif à l'avant-projet concernant la révision du Code civil suisse (changement de sexe à l'état civil), in : Office fédéral de la justice (https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home.html), Berne 2018, p. https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/6018/36/cons_1/doc_2/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-dl-proj-6018-36-cons_1-doc_2-fr-pdf-a.pdf (29.09.2023) (cité : Rapport explicatif 2018).

Directives médico-éthiques de l'ASSM du 17 mai 2018 concernant l'attitude face à la fin de vie et à la mort (cité : ASSM fin de vie).

Rapport du 25 mai 2016 du Conseil fédéral en réponse au postulat Naef 12.3543 du 14 juin 2012 sur le droit à la protection contre la discrimination (cité : Rapport droit à la protection).

Message du 18 novembre 2015 concernant la loi fédérale sur les professions de la santé, FF 2014 p. 7984 ss (cité : Message LPSan).

Rapport du 24 juin 2015 en réponse aux postulats 12.3100 Kessler, 12.3124 Gilli et

12.3207 Steiert « Droits des patients et participation des patients en Suisse », in : OFSP (https://www.bag.admin.ch), Berne 2018, p. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/patien tenrechte-schweiz.html (31.10.2023) (cité : Rapport 2015).

Résolution 2048 adoptée le 22 avril 2015 par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur la discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe (cité : Résolution 2048).

Message du 15 avril 2015 concernant la modification du code civil (Protection de l'enfant), FF 2015 p. 3111 ss (cité : Message protection de l'enfant).

OFSP, fiche d'information du 24 février 2014 sur les Soins médicaux de base, in : Office fédéral de la santé publique (https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung.html (13.10.2023).

Prise de position de la CNE du 31 août 2012 sur l'attitude à adopter face aux variations du développement sexuel – Questions éthiques sur l'« intersexualité », 20/2012 (cité : CNE intersexualité).

Message du Conseil fédéral du 16 septembre 2011 concernant l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille », FF 2011 p. 6976 ss.

Rapport du 3 avril 2006 de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'État sur la santé (K 1 03), PL 9328-B (cité : Rapport LS-B).

Principes médico-éthiques de l'ASSM du 24 novembre 2005 concernant le droit des patientes et patients à l'autodétermination (cité : ASSM autodétermination).

Rapport du 30 août 2005 de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'État sur la santé (K 1 03), PL 9328-A (cité : Rapport LS-A).

Prise de position de la CNE du 27 avril 2005 sur l'assistance au suicide, 9/2005 (cité : CNE suicide).

Schémas

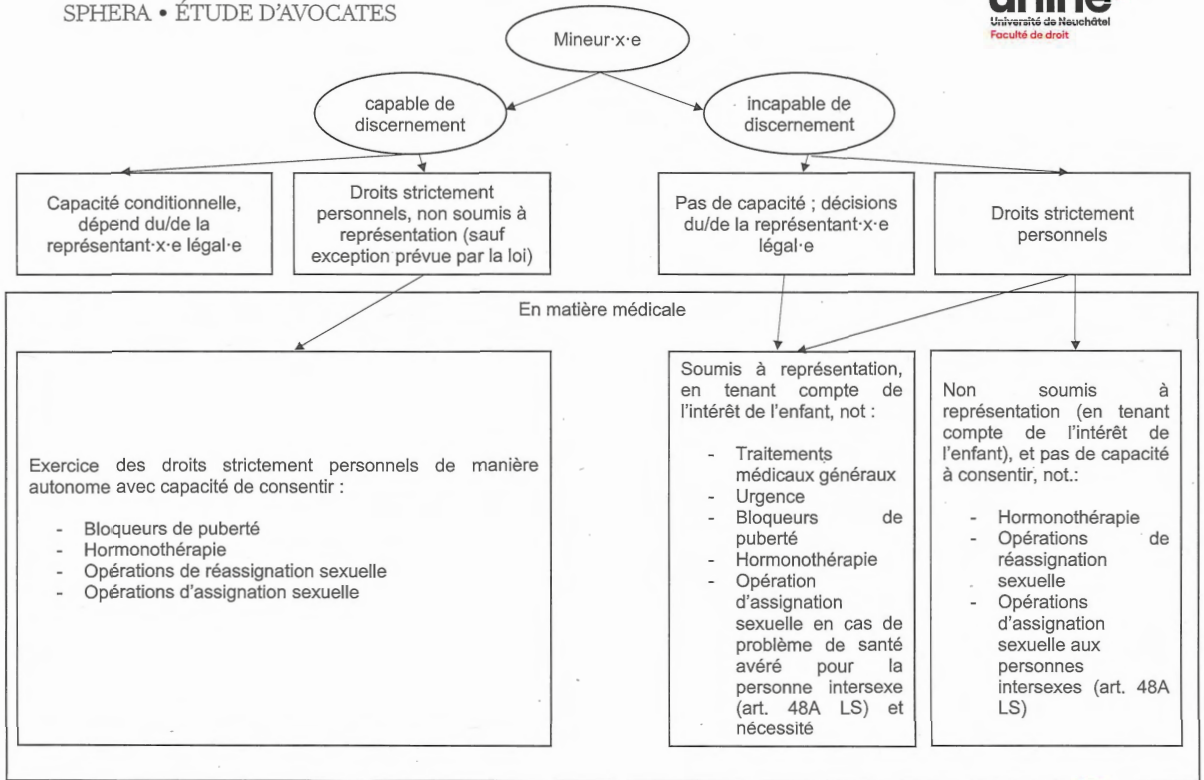
Art. 67 nLS du PL 13324	Critiques terminologiques	Droit constitutionnel cantonal (avec examen au regard de l'art. 43 Cst. GE).	Droit constitutionnel fédéral (avec examen au regard de l'art. 36 Cst.)	Droit international (*avec examen de l'art. 8 CEDH, respectivement 14 CEDH*)	Références avis de droit
Note marginale	« interventions » « réassignation sexuelle »	-	-	-	
Alinéa 1 – interdiction des interventions de réassignation sexuelle	« interventions » « réassignation sexuelle »	art. 21 Cst. GE (sphère privée), art. 23 al. 2 Cst. GE (droits fondamentaux de l'enfant et intérêt supérieur)	13 Cst. (sphère privée) (+ 11 Cst. en tant que garantie auxiliaire [protection de l'enfant et consentement de l'enfant])	Art. 8 CEDH (vie privée), art. 17 Pacte ONU II (vie privée), art. 8 CDE (identité de l'enfant), art. 3 CDE (intérêt supérieur de l'enfant)	
		art. 20 Cst. GE (liberté personnelle) art. 23 al. 2 Cst. GE (droits fondamentaux de l'enfant et intérêt supérieur)	Art. 10 al. 2 (liberté personnelle) (+ 11 Cst. en tant que garantie auxiliaire [protection de l'enfant et consentement de l'enfant])	art. 8 CEDH (vie privée), art. 3 CDE (intérêt supérieur de l'enfant); art. 6 Déclaration Universelle ; art. 5 Convention d'Oviédo). art. 12 CDE (opinion de l'enfant)	
		art. 18 al. 1 Cst. GE (intégrité physique et psychique), art. 23 al. 2 Cst. GE (droits fondamentaux de l'enfant et intérêt supérieur)	Art. 10 al. 2 (intégrité physique et psychique) (+ 11 Cst. en tant que garantie auxiliaire [protection de l'enfant et consentement de l'enfant])	Art. 2 CEDH (droit à la vie), art. 3 CDE (intérêt supérieur de l'enfant), art. 6 Convention d'Oviédo (consentement)	

		art. 15 al. 2 Cst. GE (interdiction de discrimination) art. 23 al. 2 Cst. GE (droits fondamentaux de l'enfant et intérêt supérieur)	Art. 8 al. 2 Cst. (égalité de traitement et droit d'accès égal aux soins) (+ 11 Cst. en tant que garantie auxiliaire [protection de l'enfant et consentement de l'enfant])	Art. 8 CEDH (vie privée) combiné à l'art. 14 CEDH, art. 3 Convention d'Oviédo (droit d'accès aux soins), art. 24 CDE (droit d'accès aux soins des enfants) art. 3 CDE (intérêt supérieur de l'enfant),	
		[art. 14 al. 1 Cst. GE (dignité humaine)]	*[art. 7 Cst. (dignité humaine)]*	*[art. 3 CEDH (dignité humaine)]*	
Alinéa 2 – interdiction de la promotion	« promotion » « fait de faciliter l'accès » « de telles pratiques »	art. 26 al. 2 (liberté d'opinion et d'expression) et 28 Cst. GE (droit à l'information)	art. 16 Cst. (libertés d'opinion et d'information)	art. 10 CEDH (liberté d'expression) et 19 Pacte ONU II	
		art. 27 Cst. GE (liberté des médias)	*art. 17 Cst. (Liberté des médias)*	*art. 10 CEDH (liberté d'expression) et 19 Pacte ONU II*	
Alinéa 3 – sanction des professionnels de la santé	« sanction » « traitement » « interventions » « professionnels de la santé »	*art. 35 Cst. GE. (liberté économique)*	*art. 27 Cst. (liberté économique)*		
Alinéa 4 – dénonciation par les professionnels	« professionnels » « pratiques visées » « subir » « Autorité de protection de l'enfant »	art. 21 Cst. GE (sphère privée).	art. 13 Cst. (sphère privée)	art. 8 CEDH (vie privée), Pacte ONU II, art. 10 Convention d'Oviédo (vie privée)	

PL 13324-A M 3010-A M 3137-A 432/568

SPHERA • ÉTUDE D'AVOCATES

unine
Université de Neuchâtel
Faculté de droit



ANNEXE 3



Hôpitaux Universitaires Genève

MISSION DES HUG

Soigner : les HUG répondent aux besoins de santé de **toute** la population genevoise, ainsi que de la population suisse et régionale

Les HUG défendent les valeurs institutionnelles de qualité, innovation, service, responsabilité, **égalité et inclusion**

Hôpitaux Universitaires Genève

PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISÉE DANS UN CADRE RESTRICTIF

Depuis une dizaine d'années, de jeunes personnes entre 11 et 18 ans ayant une dysphorie ou une incongruence de genre, viennent chercher des soins aux HUG.

Les professionnels de santé des HUG :

- accueillent tous les mineurs, avec leurs parents ou leurs représentants légaux
- pèsent la question entre bénéfices et risques pour chaque situation individuelle
- travaillent en équipe multidisciplinaire

Les demandes de traitement nécessitent pour les mineurs l'accord des représentants légaux et sont ensuite validées par un comité spécialisé.

Hôpitaux Universitaires Genève

EN CHIFFRE AUX HUG DEPUIS 2015

Sur la centaine de mineurs qui ont consulté pour ce motif

- 76 mineurs ont débuté un traitement hormonal avant la majorité depuis 2015
- avec un diagnostic de dysphorie de genre posé selon les règles de l'art
- tous avec la signature des représentants légaux pour le consentement
- avec un âge moyen de 17 ans
- après un suivi moyen de 14 mois
- de plusieurs médecins (pédiatrie, pédopsychiatrie, endocrinologie…)
- pas de détransition à ce jour
- pas de chirurgie chez les mineurs

Hôpitaux Universitaires Genève

RÉPONDRE AUX CONTROVERSES SOCIÉTALES AVEC UN CADRE CLAIR

- Prise en charge centrée sur les besoins individuels
- Evaluations extensives par plusieurs spécialités médicales
- L'incertitude existe pour tous les traitements médicaux
- Intégration des recommandations internationales et suivi des nouvelles connaissances par plusieurs médecins
- Décisions revues par un comité dédié pour les traitements hormonaux ou pour les adultes les chirurgies

Hôpitaux Universitaires Genève

COMITÉ INTERDISCIPLINAIRE DES DIVERSITÉS DE GENRE (CIDG)

Création du CIDG sur mandat de la direction médicale afin de

- harmoniser et formaliser la réponse aux demandes de traitements d'affirmation de genre aux HUG
- répondre aux nouvelles attentes de la société et améliorer la qualité des soins
- favoriser des prises en charges interdisciplinaires coordonnées
- accroître l'expertise collective concernant les transitions

Hôpitaux Universitaires Genève

COMITÉ INTERDISCIPLINAIRE DES DIVERSITÉS DE GENRE (CIDG)

- Comité répondant collégialement aux demandes de traitement des patients et de leur famille
- Perspective de l'irréversibilité, incluant la fertilité, et les risques de regret
- Formalisation de la pratique interdisciplinaire par des réunions régulières et avec une documentation adaptée
- Décision de manière consensuelle ou à l'unanimité
- Si désaccord, l'avis du Comité d'éthique clinique est demandé

7

Hôpitaux Universitaires Genève

COMITÉ INTERDISCIPLINAIRE DES DIVERSITÉS DE GENRE (CIDG)

- Discussion par revue de dossiers en comité
- 2 réunions mensuelles
  - <18 ans
  - >18 ans
- Rapport détaillé émis pour chaque demande de chaque patient
- Suivi interdisciplinaire des patients mineurs avec traitement

8

Hôpitaux Universitaires Genève

COMPOSITION DU CIDG

Représentants des disciplines impliquées

endocrinologie adulte et pédiatrique, psychiatrie et pédopsychiatrie, chirurgie plastique, gynécologie et fertilité, médecine de premier recours, pédiatrie et médecine de l'adolescence, dermatologie, ORL…

Hôpitaux Universitaires Genève

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

- **DSM-5:** ***Dysphorie de genre***
  - Diagnostic psychiatrique
  - Importance de la **détresse causée par la discordance** entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance, **durée de plus de 6 mois**
- **ICD-11:** ***Incongruence de genre***
  - Classifiée dans les «conditions liées à la santé sexuelle»
  - **Incongruence marquée et persistante** entre le genre ressenti et le sexe assigné à la naissance, avec un **fort désir de changement** / vivre dans le genre ressenti.

Hôpitaux Universitaires Genève

CONDITIONS DU TRAITEMENT D'AFFIRMATION DE GENRE

- **Certificat médical de dysphorie de genre**
- Etabli par un médecin pédopsychiatre ou psychiatre
- Nécessaire avant un traitement hormonal ou, pour les adultes, chirurgical
  - Poser le diagnostic et exclure d'autres diagnostics confondants
  - Vérifier la stabilité d'une éventuelle comorbidité de santé mentale
  - Attester de la présence de la capacité de discernement

11

Hôpitaux Universitaires Genève

PARCOURS DES PATIENTS MINEURS S'IDENTIFIANT COMME TRANSGENRES ET DEMANDANT UN TRAITEMENT MÉDICAL

1. **Porte d'entrée pédiatrique**
   Comprendre la demande, la situation du jeune et de sa famille, sa situation somatique et la capacité de discernement
2. **Evaluation pédo-psychiatrique**
   Accueil, évaluation diagnostique et de la capacité de discernement
3. **Evaluation endocrinologique**
   Bilan pour exclure les contre-indications et consentement éclairé

Les parents ou les représentant-es légaux sont impliqués à chaque étape

12

Hôpitaux Universitaires Genève

ÉVALUATION, SUIVI, RÉÉVALUATIONS

- La première évaluation est effectuée par 3 spécialistes au minimum
- Durée longue (moyenne 14 mois) et comparable avec la moyenne suisse
- Le suivi médical interdisciplinaire continue après la première évaluation
- L'évaluation est réactualisée pour chaque traitement
- Le consentement est spécifique à chaque traitement
- La minimisation des risques et des regrets est notre préoccupation centrale

13

Hôpitaux Universitaires Genève

STRATÉGIES POUR MINIMISER LES REGRETS

- Options de préservation de la fertilité (cryopréservation)
- Présentation factuelle des risques et des bénéfices attendus et de l'incertitude
- Discussion des possibilités et des risques de détransition
- Temps de réflexion
- Intégration des parents et des proches
- Discussion continue et répétée avant prise de décision

14

Hôpitaux Universitaires Genève

ÉVOLUTION DES DONNÉES SCIENTIFIQUES

- Suivi collectif des nouveaux articles scientifiques
- Discussion de leur impact
- Formation continue et congrès internationaux
- Colloque régulier avec le CHUV sur cette thématique

15

Hôpitaux Universitaires Genève

MÉDICAMENTS «OFF LABEL»

- Toute prescription de médicaments qui ne correspond pas à l'indication reconnue par les autorités d'enregistrement selon l'autorisation de mise sur le marché, mais basée sur les recommandations et l'évidence scientifique
- Autorisée selon le cadre légal suisse
- Répandue en médecine (20-25%), très répandue en pédiatrie (50-60%)
- Indispensable pour offrir un traitement nécessaire à des populations «orphelines de recherche» (enfants, femmes enceintes, personnes âgées…)
- A ne pas confondre avec un médicament *expérimental*

16

Hôpitaux Universitaires Genève

AILLEURS EN SUISSE ET AU-DELÀ

Le modèle a évolué ces dernières années :

- il est passé d'un modèle classique avec un seul médecin qui donne le feu vert sur la base de son évaluation,
- à celui d'une équipe interdisciplinaire qui évalue la demande du jeune de manière personnalisée, avec sa situation de santé, ses valeurs et préférences, en impliquant les parents et intégrant les risques et bénéfices liés à cette situation spécifique.

17

Hôpitaux Universitaires Genève

SOINS INDIVIDUALISÉS CENTRÉES SUR LES BESOINS DE CHAQUE PERSONNE ET DE SA FAMILLE

La personne concernée est la meilleure source d'information concernant son identité, ses souffrances et ses aspirations.

C'est la personne concernée qui est au centre et ce ne sont pas les médecins qui décident si une personne devrait ou non faire une transition médicale.

Mais, face à une demande, les médecins peuvent refuser si les conditions médicales et légales ne sont pas remplies.

18

Hôpitaux Universitaires Genève

PRATIQUE MÉDICALE DES HUG EN MATIÈRE DE TRANSITION DE GENRE S'AGISSANT DE PERSONNES MINEURES

Débuter une transition de genre médicale ne convient de loin pas à toutes les situations et est, aux HUG, une option parmi d'autres

- partage de leur questionnement et leur malaise
- transition sociale qui peut aller parfois jusqu'au changement de prénom et de sexe à l'état civil
- soutien médical ou psychologique pour traverser une phase difficile

19

Hôpitaux Universitaires Genève

PRATIQUE MÉDICALE DES HUG EN MATIÈRE DE TRANSITION DE GENRE S'AGISSANT DE PERSONNES MINEURES

Les parents sont systématiquement associés à chaque étape de l'évaluation et du suivi.

La priorité aux HUG est de favoriser le dialogue entre le jeune et ses parents et de les aider à trouver une position qui soutienne le devenir du jeune en lien avec les valeurs et les responsabilités des parents.

L'objectif des équipes des HUG est que
- les parents comprennent au mieux les besoins de leur enfant
- les jeunes comprennent les enjeux à long terme, ainsi que les risques et l'incertitude relatifs aux résultats de traitement médicaux.

20

Hôpitaux Universitaires Genève

PRATIQUE MÉDICALE DES HUG EN MATIÈRE DE TRANSITION DE GENRE S'AGISSANT DE PERSONNES MINEURES

Avec une demande de la personne concernée, après une évaluation multidisciplinaire posant un diagnostic de dysphorie de genre et la capaci de discernement, un consentement éclairé, l'accord des représentants légaux et la validation par le CIDG :

- Après le début de la puberté - Blocage de la puberté (agonistes de la GnRH)
- Dès 16 ans - Traitement hormonal féminisant ou masculinisant (testostérone ou estrogène)

21

Hôpitaux Universitaires Genève

PRATIQUE MÉDICALE DES HUG EN MATIÈRE DE TRANSITION DE GENRE S'AGISSANT DE PERSONNES MAJEURES

Avec une demande de la personne concernée, après une évaluation multidisciplinaire posant un diagnostic de dysphorie de genre et la capacité de discernement, un consentement éclairé, et la validation par le CIDG :

- Traitement hormonal masculinisant ou féminisant (testostérone ou estrogène)
- Chirurgies (pour les adultes)

22

Hôpitaux Universitaires Genève

PRATIQUE MÉDICALE DES HUG EN MATIÈRE DE TRANSITION DE GENRE S'AGISSANT DE PERSONNES MAJEURES

En 2022, 20 demandes de personnes majeures avec un âge moyen de 25 ans (18 à 50 ans):

- 1 torsoplastie
- 1 augmentation mammaire
- 1 hystérectomie et annexectomie (avant phalloplastie au CHUV)
- 17 hormonothérapies

23

Hôpitaux Universitaires Genève

STATISTIQUES EN SUISSE: CHANGEMENT DE SEXE À L'ETAT CIVIL EN 2022 (OFS, 2023)

Changement de sexe facilité en Suisse depuis le 1er janvier 2022

- En 2022, 1171 changements de sexe ont été enregistrés auprès des offices d'état civil suisses:
  - 616 concernaient des hommes devenant des femmes (53%)
  - 555 des femmes devenant des hommes (47%).
- Chez les moins de 15 ans et les 15-19 ans, les femmes sont plus nombreuses à changer de sexe à l'état civil, alors que ce sont les hommes dans toutes les autres classes d'âge.

24

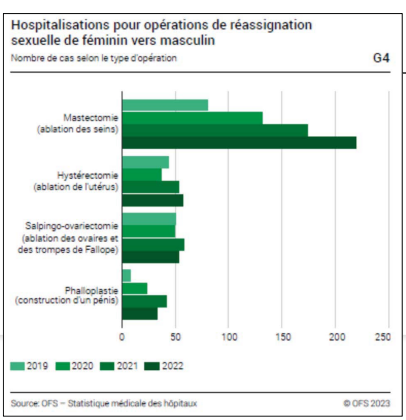
Hôpitaux Universitaires Genève

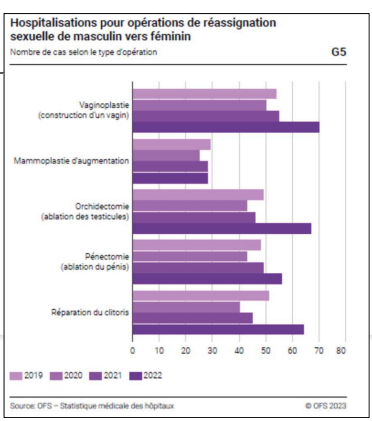
STATISTIQUES EN SUISSE: OPÉRATIONS DE RÉASSIGNATION SEXUELLE 2019-22 (OFS, 2023)

- 486 opérations en 2022 (en augmentation, 243 en 2019)
- Age moyen = 27 ans, stable depuis 2019, stable pour les 2 sens de transition
- Augmentation concerne toutes les catégories d'âge
- Personnes mineures opérées:
  17 en 2019, 23 en 2020, 27 en 2021, 26 en 2022 (5% du total)
- Prévalence importante des troubles psychiques:
  60% des 550 hospitalisations (hors chirurgie) comprenant un diagnostic de dysphorie de genre ont un motif psychiatrique comme raison principale

Hôpitaux Universitaires Genève

STATISTIQUES EN SUISSE: OPÉRATIONS DE RÉASSIGNATION SEXUELLE 2019-22 (OFS, 2023)





CONSÉQUENCE DE REPOUSSER LES SOINS À LA MAJORITÉ

- Maintien d'une souffrance psychique évitable avec un risque de suicide très augmenté
- Difficulté d'insertion sociale et professionnelle
- Interventions chirurgicales nécessaires à l'âge adulte pour corriger le développement de caractères sexuels secondaires pendant la puberté
  - torsoplastie/mastectomie (ablation des seins)
  - chirurgie de féminisation du visage (front/menton/pommettes/nez)
  - chondrolaryngoplastie (pomme d'Adam)
  - épilation électrique/laser
  - chirurgie des cordes vocales (et/ou rééducation de la voix)

27

Hôpitaux Universitaires Genève

CONCLUSION
PRATIQUE MÉDICALE AUX HUG

Soins individualisés centrées sur les besoins particuliers de chaque personne et de sa famille

Pratique très encadrée avec de multiples garde-fous

Approche protectrice et restrictive

Suivi des évolutions des connaissances scientifiques

Mission des HUG d'offrir des soins de qualité et sécuritaires à tous les patients y compris les personnes mineures transgenres ou non-binaires

Hôpitaux Universitaires Genève

ANNEXE 4

Hôpitaux Universitaires Genève

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
CH – 1211 Genève 14

Monsieur Yves Matteis
Président de la Commission des Droits de l'Homme
Grand Conseil
Rue de l'Hôtel-de-Ville 2
Case postale 3970
1211 Genève 3

Par messagerie

Direction médicale et qualité

N/réf. KP /cg
T direct 022 372 99 20

Genève, le 13 février 2025

Objet
PL 13324 modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs)
PL 13327 sur l'interdiction des pratiques visant à modifier ou réprimer l'orientation affective et sexuelle ou l'identité de genre (LIMOIG) (A 2 92)
M3010 : Interventions de réassignation sexuelle : pour un consentement éclairé et un bon encadrement médical

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier du 22 novembre 2024, nous vous prions de trouver nos réponses ci-dessous.

1-Quels sont **les risques médicaux** liés à la prise de bloqueurs de puberté à **court** et à **long** terme ?

Les bloqueurs de puberté (aussi appelé Gonadotrophin-Releasing Hormone agonist, à GnRH, dans la littérature scientifique anglo-saxonne) visent à bloquer la sécrétion des hormones endogènes et sont utilisés qu'après l'initiation de la puberté, au plus tôt, soit un stade de Tanner 2 chez les jeunes patients présentant une incongruence de genre associée à une détresse psychologique importante et majorée par le développement pubertaire.
Les bloqueurs de puberté peuvent également être utilisés plus tard dans le développement pubertaire, ainsi qu'à l'âge adulte pour inhiber et diminuer, dans ces situations également, le taux des hormones endogènes (Estrogène, Testostérone).

Les objectifs de l'inhibition de la puberté sont de ralentir et bloquer la poursuite du développement des caractères sexuels secondaires. Cette fenêtre temporelle permet d'augmenter la période d'évaluation et d'exploration du jeune et de diminuer la détresse engendrée par la progression pubertaire.
A un stade plus avancé du développement pubertaire, les bloqueurs empêchent la progression des caractéristiques sexuelles et les effets des hormones sexuelles (développement pilosité masculine, mue de la voix, érections, augmentation taille des seins, cycles menstruels).
Il est important de rappeler les bloqueurs de puberté sont utilisés depuis près de 40 ans par les endocrinologues pédiatres pour le traitement des pubertés précoces de l'enfant (cis-genre), menant à l'acquisition de données au long cours, car le blocage de la puberté est également central pour le traitement des pubertés précoces chez l'enfant, aussi bien chez la fille que chez le garçon.

Pour les bloqueurs de puberté quelque que soit l'indication du traitement, les effets indésirables les plus fréquemment retrouvés à court terme sont :
-Douleur, inconfort, induration au site d'injection
-Bouffées de chaleur, vasodilatation

-Prise pondérale modérée, augmentation de l'appétit
-Une certaine labilité émotionnelle et diminution du désir sexuel si présent, variation de l'humeur
-Maux de tête
-Nausées
-Réaction allergique
-Des saignements vaginaux transitoires peuvent survenir au décours de la première injection de bloqueurs de puberté si la puberté est déjà avancée (stade de Tanner 3-4)

Concernant les risques médicaux et les incertitudes au long terme peu de données spécifiques sont encore disponibles concernant les patients transgenres, mais elles sont complétées par l'ensemble des données scientifiques et l'expérience acquise depuis près de 40 ans chez les enfants traités par les bloqueurs de puberté pour une puberté précoce :
-Un ralentissement de la minéralisation osseuse et de l'acquisition de la masse osseuse :
Celle-ci doit être surveillée particulièrement, car durant la puberté et chez le jeune adulte l'acquisition de la masse osseuse est déterminante.
L'acquisition de la masse osseuse est freinée sous traitement de bloqueurs de puberté seule, mais une augmentation de la densité osseuse a lieu, dès l'adjonction des stéroïdes sexuels (estrogènes ou testostérone) soit par un traitement d'affirmation de genre ou en cas d'arrêt des bloqueurs avec la reprise de la production des hormones sexuelles endogènes. La minéralisation osseuse reste parfois en-dessous de la moyenne, comparé aux patients cisgenres du même âge surtout si le traitement par bloqueurs de puberté a démarré tardivement au cours de la puberté physiologique (stade tanner 4-5 sur 5) et plus particulièrement chez les jeunes femmes transgenres.
Un contrôle de la minéralisation osseuse est proposé, avant tout traitement, par un densitomètre osseux et surveillé en cours de traitement. Une supplémentation préventive en calcium et vitamine D est également proposée afin de potentialiser l'acquisition de la masse osseuse.

-La croissance staturale et le pic de croissance pubertaire :
Lors de l'introduction dans les premiers stades de la puberté, les bloqueurs de puberté maintiennent une vitesse de croissance dans les normes prépubertaires, ce qui inhibe l'accélération de la croissance et le pic pubertaire que l'on observe usuellement lors d'une puberté physiologique. A l'arrêt des bloqueurs et selon l'âge de l'introduction des bloqueurs, la vitesse de croissance va augmenter et un rattrapage de la croissance a lieu.
Par conséquent, les bloqueurs de puberté utilisés seuls ne doivent être poursuivis que pendant une période limitée, car une utilisation prolongée pourrait augmenter les effets indésirables notamment sur la minéralisation osseuse et impacter la croissance et de ce fait la taille adulte. Si le patient désire poursuivre sa transition hormonale, le traitement est complété par le traitement d'affirmation de genre.
Les données chez les jeunes patients transgenres arrivés à l'âge adulte et chez qui les traitements d'affirmation de genre ont été introduits montrent que les jeunes hommes transgenres atteignent leur taille cible adulte, mais dans les normes basses des hommes cisgenres, leur genre ressenti. Chez les jeunes femmes transgenres, la taille adulte n'est pas ou peu affectée par les bloqueurs et le traitement d'affirmation de genre par estrogènes, et reste dans les normes, rarement au-delà du genre ressenti, selon la distribution des femmes cisgenres. La taille finale est influencée également par l'âge au début du traitement des bloqueurs.

-La fertilité est discutée spécifiquement au point 2

-La santé mentale
L'utilisation des bloqueurs de puberté chez les jeunes patients traités en début de puberté (Stade de Tanner 2-3) est associée à une amélioration du bien-être globale, notamment l'amélioration de l'affect et du fonctionnement psychologique, ainsi que l'amélioration de la vie sociale. D'autre part, la recherche

scientifique a mise en avant que l'utilisation de bloqueurs de puberté dans les situations précitées est liée à une diminution des troubles dépressifs et de stress, ainsi que de la suicidalité.

2-Est-ce que les bloqueurs de puberté peuvent avoir une incidence sur **la fertilité** à **court** et **long** terme ?
Les bloqueurs de puberté, seuls, ont des effets réversibles et n'ont pas d'impacts connus sur la fertilité, comme l'ont montré les données chez les enfants ayant eu un blocage de leur développement pubertaire en raison de l'apparition d'une puberté précoce, parfois déjà avant l'âge de 5 ans.
Concernant cependant, l'impact à long terme sur la fertilité de l'usage de l'adjonction d'un traitement d'affirmation de genre par les stéroïdes sexuels, tel que les estrogènes et la testostérone, les données restent limitées.
L'utilisation des estrogènes sur la fertilité testiculaire semble plus défavorable que l'usage de la testostérone sur les ovaires et des grossesses chez des hommes transgenres sont décrites, aussi bien avec un arrêt transitoire de la testostérone, que sous testostérone.
Toutefois une consultation spécialisée en médecine de la préservation de la fertilité est toujours proposée aux jeunes et leur famille, quelque que soit leur stade de maturité. Une nouvelle consultation est proposée avant chaque nouvelle étape de traitement, si une préservation n'a pas déjà eu lieu.

3- Quels sont les effets médicaux de l'arrêt de bloqueurs de puberté à **court** et **long** terme ?
En cas d'arrêt des bloqueurs de puberté, le développement va reprendre. Les différentes étapes du développement pubertaire vont avoir lieu et la fertilité se développe normalement par la suite, comme l'ont montré les données issues des enfants ayant été traités dans le cadre d'une puberté précoce.

4-Quels sont les effets médicaux de la **reprise** de bloqueurs de puberté à **court** et **long** terme ?
La reprise du traitement de bloqueurs de puberté va induire, comme lors de l'utilisation initiale les mêmes effets au court et long terme, selon le stade de maturation pubertaire auxquels ils sont repris.

5-Quelles sont actuellement **les recherches les plus scientifiquement crédibles** sur les bloqueurs de puberté que vous utilisez ?

Données globales et revues :
-Endocrine Society: Hembree WC et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017.
-SOC8 : Coleman E et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022.
-SFEDP : Transition hormonale des adolescent.e.s trans : Consensus du groupe de travail d'experts de la Société Française d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique (SFEDP). Archives de Pédiatrie, novembre 2024.
-Yee JK et al. Care of Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. Advances in Pediatrics 2023.
-Claahsen- van der Grinten H et al. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. Eur J Pediatr 2021
-Bangalore Krishna K et al. Use of gonadotrophin- releasing Hormone Analogs in Children: Update by an international Consortium. Horm Res pediatr 2019.
-Ludvigsson JF et al. A systematic review of hormone treatment for children with
gender dysphoria and recommendations for research. Acta Paediatrica 2023.

Données spécifiques sur la minéralisation osseuse :
-Ciancia S et al. Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth. Endocr Connect 2022.

-Van der Loos MATC et al. Bone Mineral Density in Transgender Adolescents Treated With Puberty Suppression and Subsequent Gender-Affirming Hormones. JAMA Pediatr 2023.

Données spécifiques sur la taille adulte :

- Norup PB et al. Growth and Adult Height Attainment in Danish Transgender Adolescents Treated With GnRH Analog and Sex Hormones. J Clin Endocrinol Metab 2024
-Willemsen LA et al. Just as Tall on Testosterone; a Neutral to Positive Effect on Adult Height of GnRHa and Testosterone in Trans Boys. J Clin Endocrinol Metab. 2023
- Boogers LS et al. Transgender Girls Grow Tall: Adult Height Is Unaffected by GnRH Analogue and Estradiol Treatment. J Clin Endocrinol Metab.2022
- Ciancia S et al. Early puberty suppression and gender-affirming hormones do not alter final height in transgender adolescents. Eur J Endocrinol. 2023
-Roberts S.A et al. Growth, growth potential and influences in the Transgender and Gender Diverse population. Andrology 2021
-Schulmeister VC et al. Growth in Transgender/Gender-Diverse Youth in the First Year of Treatment With Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists. J Adolesc Health 2022

Données spécifiques sur la fertilité :

-Nadgauda AS. Et al. Barriers to fertility preservation access in transgender and gender diverse adolescents: a narrative review. Ther Adv Reprod Health. 2024.
-Choi JY, Kim TJ. Fertility Preservation and Reproductive Potential in Transgender and Gender Fluid Population. Biomedicines. 14 sept 2022.
-Asseler JD. Et al. One-third of amenorrheic transmasculine people on testosterone ovulate. Cell Rep Med. 2024
- Cheng PJ etal. Fertility concerns of the trangender patient. Transl Androl Urol 2019.

Données spécifiques sur la santé mentale :

- McGregor K etal. Association of pubertal blockade at Tanner 2/3 with psychosocial benefits in transgender and gender diverse youth at hormone readiness assessment. J Adolesc Health. 2024
-Connolly MD et al. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. J Adolesc Health. nov 2016

6-Est-ce que les patients et leurs parents sont informés des risques et des effets secondaires des bloqueurs de puberté, et de quelle manière ?

Les personnes mineures qui consultent aux HUG pour une souffrance en lien avec leur identité de genre sont prises en charges par une équipe interdisciplinaire réunissant pédopsychiatres, psychologues, pédiatres, médecins spécialistes de l'adolescence, endocrinologues pédiatres, gynécologues, médecins spécialistes de la fertilité, infirmières spécialisées et assistantes sociales.
Avant la puberté, aucun traitement n'est débuté. Après l'initiation de la puberté, si cela est médicalement adapté à la personne, que c'est sa demande, que celle-ci dispose de sa pleine capacité de discernement et de l'accord de ses parents, qu'un diagnostic de dysphorie de genre est effectué, que la pesée entre les risques et les bénéfices est favorable pour cette situation individuelle, les HUG peuvent prescrire des bloqueurs de puberté, après validation par un comité dédié, le Comité Interdisciplinaire des Diversités de Genre des HUG (CIDG). Le rôle essentiel des spécialistes et du CIDG est d'effectuer une pesée d'intérêt pour chaque situation et de ne valider d'intervention médicale que lorsque les bénéfices apparaissent clairement supérieurs aux risques.

Le traitement médical est discuté lors des consultations en détails à chaque étape par les différents professionnels de santé qui suivent le jeune. Pour les bloqueurs de la puberté, les effets attendus, les

effets indésirables, les effets secondaires sont expliqués et discutés en détails, au minimum par trois médecins de trois services et de spécialités différentes : d'endocrinologie pédiatrique, de pédopsychiatrie et de médecine de l'adolescence. Les modalités de traitements, les alternatives et la fréquence des suivis sont expliqués oralement, mais également dans un document d'information.
Le document est donné pour lecture, puis discussion et signature (si le traitement est désiré), au patient, et s'il est mineur également à ses parents.
Nous nous assurons de la capacité de discernement du jeune durant plusieurs consultations par au moins deux médecins spécialistes indépendants et que le consentement soit éclairé et libre.
Le jeune et ses représentants légaux sont informés également de leur liberté d'interrompre le traitement à tout moment sans affecter leur suivi médical.
Les documents d'information et les consentements du jeune et de son représentant légal sont signés et intégrés au dossier médical.
Tout traitement hormonal fait l'objet d'une discussion collégiale entre professionnels des différentes spécialités prenant en charge le jeune et tenant compte des aspects sociaux, psychologiques, de santé mentale et médicaux du patient, ainsi que de l'information et du soutien des représentants légaux. Pour les demandes de personnes mineures, la validation d'une demande de traitement d'une personne mineure nécessite l'unanimité des médecins du comité dédié. En cas de désaccord, un avis du Comité d'éthique clinique des HUG peut être demandé. Un rapport détaillé est établi à l'issu de ces réunions et documenté dans le dossier du patient.
Chaque situation bénéficie d'un suivi multidisciplinaire et est réévaluée par la suite régulièrement, tous les 3 à 6 mois, ou plus fréquemment si nécessaire. Le suivi des éventuels effets secondaires fait partie intégrante de ce suivi.

Restant à disposition pour plus d'informations, veuillez agréer, Monsieur le Président, nos salutations distinguées.



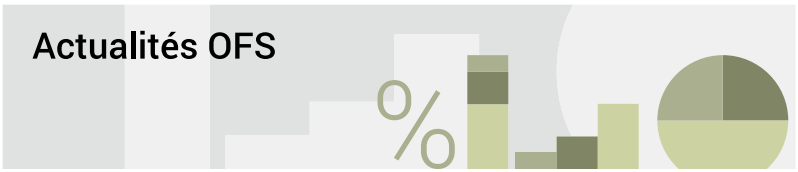
Professeure Klara Posfay Barbe
Directrice médicale

Copie :
Mme Perrine Duteil, responsable juridique départementale, Département de la santé et des mobilités
M. Robert Mardini, Directeur général des HUG

ANNEXE 5

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS



14 Santé

Neuchâtel, octobre 2023

Opérations de réassignation sexuelle dans les hôpitaux suisses, de 2019 à 2022

En 2022, le nombre de personnes ayant eu une opération de réassignation sexuelle avoisine les 500, ce nombre augmentant régulièrement depuis 2018. 68% des hospitalisations associées consistaient en des interventions de réattribution sexuelle du féminin vers le masculin. La quasi-totalité de l'activité de chirurgie liée à une transition de genre est regroupée dans cinq hôpitaux suisses. La présente publication décrit le profil sociodémographique de la patientèle concernée et donne des indications sur les traitements reçus.

1 Nombre d'hospitalisations et de personnes concernées

On enregistre en 2022 525 hospitalisations[1] liées à une opération d'affirmation de genre: ces interventions consistent à aligner partiellement ou totalement les caractéristiques physiques des personnes concernées à leur genre ressenti. Ces 525 hospitalisations portaient sur 486 personnes, certaines d'entre elles ayant eu plus d'une opération au cours de l'année 2022. Le nombre de personnes qui se sont présentées en chirurgie hospitalière en lien avec une transition de genre est resté très faible jusqu'en 2018. Dès 2019, les traitements chirurgicaux de réassignation sexuelle voient leur nombre augmenter régulièrement: entre 2019 et 2022, celui-ci a plus que doublé (+115%) (G1). Sur la période 2019–2022, ce sont, cumulées, 1462 opérations qui ont été menées sur 1210 personnes distinctes dans les hôpitaux suisses. La patientèle peut en effet être amenée à effectuer plusieurs opérations nécessitant autant d'hospitalisations au cours du processus de transition de genre. Pour l'année 2022, sur les 486 personnes opérées, 409 d'entre elles, soit 84%, se présentaient pour une première intervention tandis que les 16% restants poursuivaient leur processus.

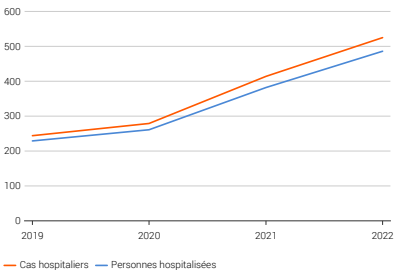
Les enregistrements des cas hospitaliers étudiés doivent contenir les diagnostics et traitements suivants, codés selon les classifications médicales en vigueur:

- le **traitement 64.5** *opération pour transformation de sexe* (Classification suisse des interventions chirurgicales CHOP) ou **70.61.11** *construction d'un vagin par greffe de peau pédiculée du pénis (pour changement de sexe)* (CHOP) indiqué comme traitement principal ou secondaire. Ces opérations sont dites de «réassignation sexuelle» ou «d'affirmation de genre».
- le **diagnostic F64** *troubles de l'identité sexuelle* (Classification internationale des maladies (CIM) version 10) ou *incongruence de genre* (CIM version 11) indiqué en rang principal ou secondaire. L'incongruence de genre se caractérise «par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné» (définition CIM). Le terme *dysphorie de genre* est également utilisé.

[1] À noter que ces résultats ne comprennent pas les traitements ambulatoires.

Hospitalisations pour opération de réassignation sexuelle

Nombre de cas hospitaliers et de personnes hospitalisées **G1**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © OFS 2023

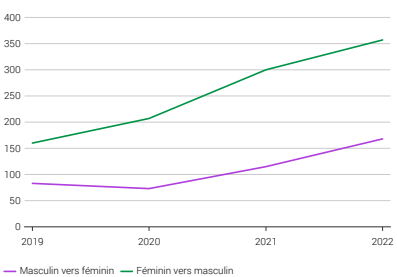
2 Caractéristiques socio-démographiques

357 hospitalisations enregistrées en 2022 (68% du total) consistaient en des interventions de réassignation sexuelle du féminin vers le masculin, 168 (32%) du masculin vers le féminin. Les interventions du féminin vers le masculin sont plus nombreuses que l'inverse sur la totalité de la période étudiée (G2). Cette répartition est valable également si l'on considère les personnes et non les cas hospitaliers: en 2022, 340 personnes de sexe biologique féminin ont eu recours à une opération «masculinisante», contre 146 pour le processus inverse, du masculin vers le féminin.

Les opérations de réassignation du féminin vers le masculin concernaient des personnes de 27 ans en moyenne: 54% d'entre elles appartenaient à la classe d'âge 15–24 ans (G3), parmi lesquelles 26 mineures. Pour les transitions du masculin vers le féminin, la patientèle traitée était moins jeune – d'un âge moyen

Hospitalisations pour opération de réassignation sexuelle

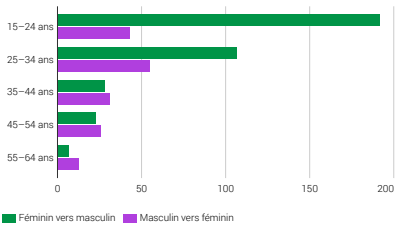
Nombre de cas hospitaliers selon le sens de la transition **G2**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © OFS 2023

Hospitalisations pour opération de réassignation sexuelle

Cas hospitaliers selon la classe d'âge et le sens de la transition **G3**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © OFS 2023

de 34 ans –, avec un tiers des cas appartenant à la classe d'âge des 25–34 ans et un quart à celle des 15–24 ans. Aucune personne traitée n'était mineure.

Au cours de la période 2019–2022 et pour les deux sens de transition, la moyenne d'âge des personnes traitées est restée stable, le nombre de cas (+283) augmentant pour toutes les tranches d'âge. Les moins de 18 ans étaient 17 en 2019, 23 en 2020, 27 en 2021 et 26 en 2022.

Sur la totalité des hospitalisations recensées entre 2019 et 2022, 19% concernent des personnes résidant dans le canton de Zurich. Ce nombre correspond à un ratio de 4,4 cas d'hospitalisation pour opération de réassignation sexuelle pour 100 000 habitant-e-s. Ce taux est particulièrement élevé dans les cantons de Bâle-Ville (10,9) et Bâle-Campagne (6,9). Ces valeurs sont inférieures à 3 dans certains cantons de Suisse centrale (NW, OW, SZ) et de l'Est de la Suisse (AI, GL, GR, TG), ainsi qu'au Tessin. Entre 2019 et 2022, 33 opérations ont été réalisées sur des personnes domiciliées à l'étranger. On ne dispose pas de données concernant le nombre de personnes résidant en Suisse ayant réalisé ce type de traitement à l'étranger.

3 Traitements

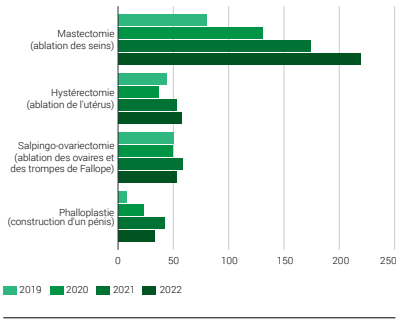
Féminin vers masculin

Les opérations de transition du féminin vers le masculin regroupent entre autres les mastectomies (ablation des seins), les hystérectomies et salpingo-ovariectomies (ablation de parties de l'appareil génital féminin) ainsi que les phalloplasties, opérations de chirurgie plastique visant la fabrication d'un pénis. Seules les opérations pratiquées à l'hôpital avec séjour sont considérées dans l'analyse.

Au cours des 357 hospitalisations de transition du féminin vers le masculin enregistrées en 2022, 221 mastectomies ont été comptabilisées (G4). L'âge moyen des personnes opérées était de 24 ans: la moitié avait moins de 22 ans, 24 étaient mineures. Dans 94% des cas, la mastectomie est la seule opération de réassignation sexuelle pratiquée au cours du séjour hospitalier;

Hospitalisations pour opérations de réassignation sexuelle de féminin vers masculin

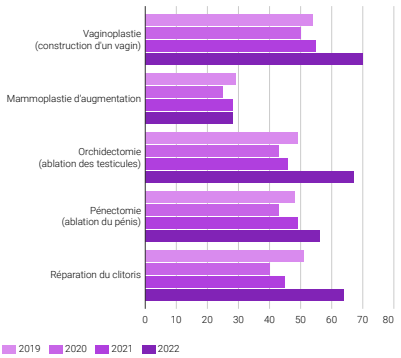
Nombre de cas selon le type d'opération **G4**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © OFS 2023

Hospitalisations pour opérations de réassignation sexuelle de masculin vers féminin

Nombre de cas selon le type d'opération **G5**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © OFS 2023

dans 13 cas toutefois, elle s'est accompagnée de l'ablation d'une partie de l'appareil génital féminin (utérus, ovaires). Le nombre de mastectomies a augmenté depuis 2019 de 203% chez les personnes majeures. Chez les personnes mineures, une telle croissance n'est pas observée: les opérations s'élevaient à 15 en 2019, 21 en 2020, 25 en 2021 et 24 en 2022.

Souvent pratiquées simultanément, les hystérectomies (ablation de l'utérus) sont mentionnées 57 fois et les salpingo-ovariectomies 53 fois en 2022: elles interviennent à l'âge moyen de 26 ans. 33 personnes ont été opérées pour construction d'un pénis (phalloplastie), à l'âge moyen de 29 ans, et 31 se sont vu poser des prothèses testiculaires.

Masculin vers féminin

Les opérations pratiquées lors de la transition du masculin vers le féminin peuvent entre autres être des vaginoplasties, où la personne de sexe biologique masculin voit son sexe remodelé en vagin, ainsi que des ablations de parties génitales masculines ou la pose de prothèses mammaires. Seules les opérations pratiquées à l'hôpital avec séjour sont considérées dans l'analyse.

168 cas d'opérations de transition masculin vers féminin ont été recensées en 2022. Parmi elles, 70 consistaient en une construction d'un vagin (G5). L'âge moyen était de 34 ans et 20% des personnes opérées avaient plus de 50 ans. Dans 87% des cas, l'ablation de parties des organes génitaux est pratiquée lors de la vaginoplastie. Les cas d'orchidectomies (ablation des testicules) seules sont très rares (6 cas)[2].

Les autres actes chirurgicaux de transition masculin vers féminin sont notamment les opérations ciblant la poitrine (28 cas d'implantations de prothèse mammaire pour augmentation) ainsi que le visage et la voix (62 cas de réparation du larynx, 17 cas de résection d'os de la face). Pour tous ces actes chirurgicaux, les valeurs 2022 sont les plus élevées pour la période étudiée, tandis que l'année 2020 affiche les plus basses, probablement en raison de la suspension temporaire des opérations non urgentes intervenues durant la période de pandémie de COVID-19.

Opérations

Certaines interventions chirurgicales ont lieu presque exclusivement en chirurgie d'affirmation de genre. C'est le cas pour les phalloplasties, où 94% des opérations visent la réassignation sexuelle, ainsi que les vaginoplasties (95% des cas). Par contre, les mastectomies pratiquées en chirurgie d'affirmation de genre ne représentent que 3% de la totalité des mastectomies pratiquées en Suisse en 2022. Pour les hystérectomies, seul 1% d'entre elles concerne des personnes en transition de genre. En ce qui concerne l'ablation des parties génitales masculines, la proportion s'élève à 40%. Hors du cadre de la réassignation sexuelle, c'est la plupart du temps pour traiter des tumeurs que les opérations précitées sont conduites.

[2] Ces interventions sont généralement pratiquées en ambulatoire.

4 Diagnostics

Les diagnostics principaux[3] posés lors des opérations de réassignation sexuelle touchent à l'identité sexuelle[4] dans 97% des cas. Ceux-ci font référence à la dysphorie de genre, qui renvoie à l'inconfort ou à la souffrance causés par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance.

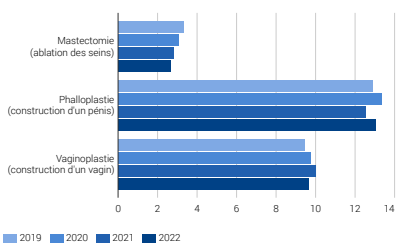
5 Durée et lieu des séjours hospitaliers

La durée des séjours hospitaliers varie en fonction des opérations. Les mastectomies enregistrent les durées de séjour les plus courtes, soit 2,7 jours d'hospitalisation en moyenne (G6) en 2022, contre 3,3 en 2019. Les séjours pour phalloplasties[5] sont les plus longs: ils ont duré 13,1 jours en 2022. Une hystérectomie nécessite un séjour hospitalier de 3,5 jours en moyenne.

Du côté des transitions du masculin vers le féminin, les vaginoplasties[6] ont requis 9,6 jours d'hospitalisation en moyenne en 2022. Les mammoplasties d'augmentation durent par contre moins longtemps: 1,8 jour en moyenne.

Durée moyenne des hospitalisations pour opérations de réassignation sexuelle

En jours — G6



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © OFS 2023

Diagnostic F64

Il est à noter que la chirurgie est souvent une des dernières étapes dans le processus de prise en charge de la dysphorie de genre[7]. Parmi les hospitalisations 2022, on identifie en effet des cas d'hospitalisations où la dysphorie de genre est diagnostiquée sans qu'aucun traitement opératoire n'y soit associé: leur nombre s'élève à près de 650, pour près de 460 personnes distinctes. Les personnes de sexe déclaré féminin sont plus représentées (59%) que celles de sexe déclaré masculin (41%).

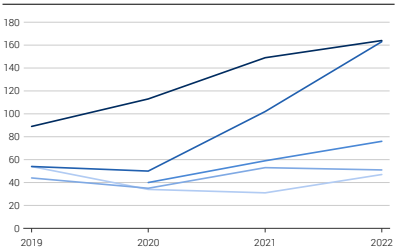
La dysphorie de genre est citée comme diagnostic principal dans 10% des cas. Dans 60% des cas, ce sont des troubles psychiques, notamment les troubles de la personnalité et les dépressions, qui ont été la cause principale d'hospitalisation.

L'analyse des parcours qu'il est possible de reconstituer montre que parmi les 174 personnes ayant eu une mastectomie en 2021, une dizaine ont subi, en moyenne 11 mois après la mastectomie, une opération touchant l'appareil génital (hystérectomie ou phalloplastie).

Quatre établissements hospitaliers en 2019, puis 5 (G7) dès 2020 procèdent à plus de 95% des opérations d'affirmation de genre. En 2022, la moitié des opérations de réassignation sexuelle ont eu lieu dans un hôpital de type universitaire.

Hospitalisations pour opération de réassignation sexuelle

Cas hospitaliers par hôpital, par année, pour les 5 hôpitaux effectuant le plus grand nombre d'interventions — G7



Remarque: chaque courbe représente un hôpital.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © OFS 2023

[3] La définition du diagnostic principal est celle de l'Organisation mondiale de la santé. Le diagnostic principal est défini comme «l'affection qui, au terme du traitement, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits» (Manuel de codage médical, OFS).

[4] Code CIM-10 F64: Troubles de l'identité sexuelle

[5] Selon la documentation d'un hôpital pratiquant les phalloplasties, l'intervention en elle-même dure de 6 à 8 heures.

[6] Selon la documentation d'un hôpital pratiquant les vaginoplasties, l'intervention en elle-même dure de 4 à 5 heures.

[7] Une autre étape consiste à modifier les indications relatives au sexe et prénom figurant au registre de l'état civil. En 2022, on compte 620 changements de sexe inscrit «homme» à sexe inscrit «femme» et 557 dans le sens «femme» à «homme». Parmi ces 557 changements, 36% concernaient des personnes de 15 à 19 ans.
www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 01 – Population → Effectif et évolution → Sexe

Une analyse plus détaillée montre que 69 des 70 vaginoplasties ont été pratiquées dans l'un des hôpitaux universitaires en 2022, avec pour chacun d'entre eux un nombre total d'opérations compris entre 8 et 38. L'immense majorité (94%) des personnes opérées pour une phalloplastie ont été prises en charge dans trois différents hôpitaux, chacun ayant opéré de 5 à 18 personnes.

Quant aux mastectomies, 96% d'entre elles se sont déroulées dans 4 hôpitaux distincts. Chacun des établissements a procédé à un nombre de mastectomies se situant entre 14 et 88.

Source des données
Statistique médicale des hôpitaux, Office fédéral de la statistique

Principaux résultats **T1**

		2019	2020	2021	2022
Traitements du féminin vers le masculin					
Cas hospitaliers, total		**160**	**207**	**300**	**357**
Par intervention					
Mastectomie	Cas	80	131	174	221
Code CHOP 85.A*	Âge moyen	24,6	24,0	24,2	24,8
	Durée moyenne de séjour, en jours	3,3	3,1	2,8	2,7
Hysterectomie	Cas	44	37	53	57
Code CHOP 68.4*	Âge moyen	24,8	26,1	24,8	26,1
	Durée moyenne de séjour, en jours	3,5	3,4	3,0	3,4
Phalloplastie	Cas	8	23	42	33
Code CHOP 64.43*	Âge moyen	27,0	31,4	30,0	29,1
	Durée moyenne de séjour, en jours	12,9	13,3	12,5	13,1
Traitements du masculin vers le féminin					
Cas hospitaliers, total		**83**	**73**	**115**	**168**
Par intervention					
Vaginoplastie	Cas	57	50	55	70
Code CHOP 70.61*	Âge moyen	36,3	31,8	32,6	33,5
	Durée moyenne de séjour, en jours	9,4	9,7	10,0	9,6
Mammoplastie d'augmentation	Cas	30	25	28	28
Code CHOP 85.D	Âge moyen	34,5	30,6	33,3	32,5
Orchidectomie	Cas	52	43	46	67
Code CHOP 62.4*	Âge moyen	35,8	32,9	32,1	32,4

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© OFS 2023

Éditeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Renseignements: Service d'informations Santé, OFS, tél. +41 58 463 67 00

Rédaction: Tania Andreani, OFS

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: français

Mise en page: Publishing et diffusion PUB, OFS

Graphiques: Publishing et diffusion PUB, OFS

En ligne: www.statistique.ch

Imprimés: www.statistique.ch
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Copyright: OFS, Neuchâtel 2023
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS: 2282-2200

Les informations publiées ici contribuent à mesurer la réalisation des objectifs de développement durable (ODD).

Système d'indicateurs MONET 2030

www.statistique.ch → Trouver des statistiques → Développement durable → Système d'indicateurs MONET 2030

ANNEXE 6



RAISONS DE SANTE 329 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN)

Des chiffres vaudois sur la victimisation des jeunes LGBT

Robin Udrisard, Sophie Stadelmann, Raphaël Bize

unisanté
Centre universitaire de médecine générale et santé publique - Lausanne

UNIL | Université de Lausanne

Raisons de santé 329

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

Étude financée par :
Le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) du canton de Vaud qui a financé l'enquête populationnelle menée en 2017.

Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) du canton de Vaud, qui a financé, via le Fonds pour le développement de la prévention et de la promotion de la santé, les analyses secondaires présentées dans ce rapport.

Citation suggérée :
Udrisard R, Stadelmann S, Bize R. Des chiffres vaudois sur la victimisation des jeunes LGBT. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2022 (Raisons de santé 329).
https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/329

Remerciements :
Aux représentant·es des organisations communautaires LGBT vaudoises pour leurs précieux commentaires durant la réalisation de cette étude.

Relecture et contrôle de l'édition :
Sanda Samitca, Aurélien Baud, Pauline Delaby

Date d'édition :
Janvier 2022

© 2022 Policlinique médicale universitaire, Unisanté
ISSN 1660-7104

Table des matières

Résumé 7

1 Introduction 12

2 Revue de littérature 13
2.1 Préambule 13
2.2 Orientation sexuelle 13
2.2.1 Dimensions de l'orientation sexuelle et recoupements 13
2.2.2 Choix des indicateurs, influence sur les mesures et recommandations 14
2.2.3 Victimisation 15
2.2.4 Consommation de substances psychoactives 16
2.2.5 Santé 17
2.3 Identité de genre 19
2.3.1 Terminologie et indicateurs 19
2.3.2 Victimisation 20
2.3.3 Consommation 21
2.3.4 Santé 21
2.4 Causalité, stress minoritaire et effet médiateur de la victimisation 22
2.5 Facteurs protecteurs 23

3 Méthode 25
3.1 Enquête 25
3.2 Variables étudiées 25
3.2.1 Thématiques et variables investiguées 25
3.2.2 Orientation sexuelle 27
3.2.3 Identité de genre 28
3.3 Analyses statistiques 29
3.3.1 Analyses bivariées 29
3.3.2 Analyses multi-variables 29

4 Résultats 32
4.1 Identité de genre 32
4.2 Orientation sexuelle 32
4.3 Victimisation 35
4.3.1 Selon l'orientation sexuelle 35
4.3.2 Selon l'identité de genre 39
4.4 Consommation de substances psychoactives 39
4.4.1 Selon l'orientation sexuelle 39
4.4.2 Selon l'identité de genre 42
4.5 Santé 43
4.5.1 Selon l'orientation sexuelle 43
4.5.2 Selon l'identité de genre 46

5 Discussion 47

6 Conclusion 50

7 Références 51

8 Annexes 55

8.1 Recherche de la littérature 55
8.2 Analyses selon chaque dimension de l'orientation sexuelle 56
8.2.1 Lecture des tableaux 56
8.2.2 Victimisation 57
8.2.3 Consommation 59
8.2.4 Santé 62
8.3 Analyses détaillées des items liés aux variables de santé 64
8.4 Agressions sexuelles – prévalence vie 66

Liste des tableaux

Tableau 1	Revues de littérature sur les disparités face aux problèmes de santé mentale	18
Tableau 2	Effet de l'orientation sexuelle sur la dépressivité (*odds ratios*)	30
Tableau 3	Identité de genre selon le sexe assigné à la naissance (n et %)	32
Tableau 4	Orientation sexuelle selon le sexe (n et %)	33
Tableau 5	Orientation sexuelle selon le sexe d'après l'indicateur composite dichotomisé (n et %)	35
Tableau 6	Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation (*odds ratios*)	37
Tableau 7	Effet de l'orientation sexuelle sur les expériences de victimisation selon le sexe (n, % et *odds ratios*)	38
Tableau 8	Détail des effets de l'orientation sexuelle pour les deux formes de harcèlement (traditionnel et cyber) selon le sexe (n, % et *odds ratios*)	38
Tableau 9	Effet de l'orientation sexuelle et des variables d'ajustement sur la consommation de substances psychoactives (*odds ratios*)	41
Tableau 10	Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances selon le sexe (n, % et *odds ratios*)	42
Tableau 11	Effet de l'orientation sexuelle sur la santé générale, les troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et la dépressivité (*odds ratios*)	45
Tableau 12	Effet de l'orientation sexuelle sur la santé selon le sexe (n, % et *odds ratios*)	45
Tableau 13	Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (*odds ratio*s)	57
Tableau 14	Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (*odds ratios*)	58
Tableau 15	Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (*odds ratios)*	59
Tableau 16	Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (*odds ratios*)	61
Tableau 17	Effet de l'orientation sexuelle sur la santé pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (*odds ratios*)	62
Tableau 18	Effet de l'orientation sexuelle sur la santé pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (*odds ratios*)	63
Tableau 19	Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié aux troubles somatiques selon l'orientation sexuelle (n et %)	64
Tableau 20	Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié aux troubles psychiques selon l'orientation sexuelle (n et %)	65
Tableau 21	Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié à la dépressivité selon l'orientation sexuelle (n et %)	66
Tableau 22	Proportions de victimes d'agressions sexuelles selon le sexe des partenaires sexuel·les (Prévalence 30 mois et prévalence vie)	67

Liste des figures

Figure 1	Nombre de personnes catégorisées comme non exclusivement hétérosexuelles selon l'une ou l'autre des trois dimensions de l'orientation sexuelle	34
Figure 2	Expériences de victimisation au cours des 30 derniers mois et de harcèlement hebdomadaire au cours de la dernière année, selon l'orientation sexuelle (%)	36
Figure 3	Victimes de délits et de harcèlement au cours des 30 derniers mois selon l'identité de genre (%)	39
Figure 4	Consommation de substances psychoactives au cours des 12 derniers mois selon l'orientation sexuelle (%)	40
Figure 5	Consommation de substances psychoactives au cours des 30 derniers mois selon l'identité de genre (%)	43
Figure 6	Mauvaise santé générale, troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et dépressivité selon l'orientation sexuelle (%)	44
Figure 7	Mauvaise santé générale, troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et dépressivité selon l'identité de genre (%)	46
Figure 8	Tableau illustrant la manière de lire les résultats présentés dans cette section	56

Résumé

Problématique

Les jeunes lesbiennes, gays, bisexuel·les, transgenres et en questionnement (LGBTQ) sont régulièrement confronté·es à des violences psychologiques, verbales et/ou physiques. Hormis les difficultés spécifiques auxquelles elles et ils doivent faire face lorsqu'elles et ils découvrent leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, ces jeunes affrontent également un stress quotidien lié au fait d'appartenir à des minorités qui sont aujourd'hui encore fortement stigmatisées.

Les problématiques, telles que les troubles dépressifs, les comportements suicidaires ou encore la consommation de substances psychoactives, auxquelles sont particulièrement exposé·es les personnes LGBTQ, sont des sujets bien décrits dans la littérature. Cependant relativement peu de données européennes, notamment en Suisse, sont disponibles, en particulier en ce qui concerne les minorités de genre. Ce rapport présente d'une part la proportion de jeunes de 18 ans en formation post-obligatoire ayant une orientation sexuelle non exclusivement hétérosexuelle ou une identité de genre minoritaire dans le canton de Vaud et, d'autre part, détermine dans quelle mesure ces jeunes sont plus concerné·es par différentes problématiques comme la violence, la consommation de substances psychoactives, le (cyber-)harcèlement ou les problèmes de santé.

Méthodes de l'enquête et échantillon

Une enquête se focalisant sur la violence, la consommation de substances psychoactives et la santé des répondant·es a été menée en 2017 dans le canton de Vaud, auprès de 1'817 jeunes en deuxième année de formation post-obligatoire. Cette enquête a été effectuée au moyen d'un questionnaire auto-administré anonyme soumis à un échantillon représentatif de classes, provenant d'écoles publiques, sélectionnées selon une approche stratifiée. La récolte de données a été couronnée de succès avec un taux de participation d'environ 90%.

Des questions relatives à trois dimensions de l'orientation sexuelle (attirance sexuelle, sexe des partenaires sexuel·les et autodéfinition) et à l'identité de genre ont été posées dans cette enquête, permettant de distinguer les jeunes non exclusivement hétérosexuel·les (ci-après non-HET) des jeunes exclusivement hétérosexuel·les, ainsi que les jeunes trans* ou en questionnement des jeunes cisgenres. Ces distinctions ont permis la comparaison de ces groupes en regard de différentes variables. Sur la totalité des jeunes ayant participé à ces enquêtes, 16.5% (24.6% de filles et 8.4% de garçons) ont indiqué avoir une orientation sexuelle non exclusivement hétérosexuelle selon l'une ou l'autre des dimensions abordées. Dix jeunes ont rapporté être trans*, sept ont déclaré ressentir une identité de genre différente du sexe qui leur a été assigné à la naissance et trois ont indiqué être en questionnement quant à leur identité de genre. Ce sont donc au

total 20 jeunes qui ont été identifié·es comme trans* ou en questionnement quant à leur identité de genre.

Enseignements issus de la littérature scientifique

Situation des personnes LGBT

Il ressort de la littérature scientifique consultée que les jeunes LGB sont plus exposé·es à toutes sortes de violence, présentent un risque accru de consommation de substances psychoactives et sont en moins bonne santé générale et mentale que leurs pair·es hétérosexuel·les. Concernant la transidentité, force est de constater que la littérature s'intéressant spécifiquement à la situation des jeunes trans* face à ces différentes thématiques est très maigre. Les quelques études qui se penchent sur cette question rapportent cependant que les jeunes trans* font face à davantage de difficultés que leurs pair·es cisgenres, tant au niveau de la victimisation que de la consommation de substances psychoactives et de la santé.

Non-conformité de genre

En ce qui concerne les aspects de genre, la littérature scientifique s'est davantage focalisée sur la notion de non-conformité de genre, relative aux personnes dont l'expression de genre ne correspond pas à la norme sociale attendue pour le sexe assigné à la naissance. Puisque la non-conformité de genre est par définition perceptible par les autres, elle expose potentiellement les jeunes concerné·es à une victimisation accrue, indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre.

Indicateurs de l'orientation sexuelle

Plusieurs études se sont penchées sur les propriétés respectives des trois dimensions de l'orientation sexuelle (attirance sexuelle, sexe des partenaires sexuel·les et autodéfinition) et sur la façon dont celles-ci se recoupent ou non. Le constat principal qui en ressort est que pris séparément, aucun de ces trois indicateurs ne permet d'identifier toutes les personnes potentiellement exposées à l'un ou l'autre risque en raison de leur orientation sexuelle. L'attirance sexuelle est généralement la dimension qui permet d'identifier le plus grand nombre de personnes. L'autodéfinition est au contraire l'indicateur le plus restrictif, mais aussi le plus consistant[a]. Le sexe des partenaires sexuel·les constitue un indicateur particulièrement approprié pour l'étude de questions spécifiques, telles que les problèmes liés à la santé sexuelle. La littérature scientifique confirme que l'orientation sexuelle doit être appréhendée et documentée comme un concept multidimensionnel au moyen de ces trois dimensions complémentaires.

[a] Nous entendons par là que peu de personnes qui s'auto-définissent comme non exclusivement hétérosexuelles ne rapportent ni comportements sexuels, ni attirance sexuelle avec/pour des personnes du même sexe.

Résilience

La littérature met en évidence le rôle central que joue l'environnement des jeunes sur le développement de leurs capacités de résilience, sur leurs choix de mettre en œuvre telle ou telle stratégie et sur l'impact que la réalisation de ces stratégies aura sur leur bien-être ou leur santé. Un environnement nuisible (LGBT-phobe) ou perçu comme insécure crée typiquement un dilemme autour du coming-out. Celui-ci, lorsqu'il est réalisé, expose en effet à davantage de victimisation, mais libère d'une intériorisation de la stigmatisation et du rejet qui est délétère pour la santé psychique. A l'inverse, lorsque le coming-out n'est pas réalisé, les jeunes concerné·es peuvent se trouver dans des situations à risque, par exemple dans des environnements familiaux ou extra-familiaux nuisibles, sans bénéficier d'un soutien adéquat de la part des professionnel·les en milieu scolaire ou des professionnel·les de la santé.

Résultats de l'enquête - Victimisation

Les jeunes vaudoises et vaudois non-HET sont proportionnellement plus nombreux·ses que les jeunes hétérosexuel·les à avoir été victimes de violences sexuelles au cours des 30 derniers mois (15% vs 3%, respectivement, $p < 0.001$) ou de harcèlement au moins une fois par semaine lors des 12 derniers mois (16% vs 8%, $p < 0.001$).

Des analyses plus détaillées indiquent que le ratio victimes/non-victimes au cours des 30 derniers mois est 1.9 fois plus élevé parmi les jeunes non-HET que parmi les jeunes hétérosexuel·les pour le brigandage/racket et 4.0 fois plus élevé pour les agressions sexuelles. Ce même ratio est 2.2 fois plus important parmi les jeunes non-HET que parmi les jeunes hétérosexuel·les pour le harcèlement hebdomadaire durant la dernière année. Pour le harcèlement, l'effet de l'orientation sexuelle est par ailleurs plus marqué chez les garçons que chez les filles (rapport victimes/non-victimes 4.5 fois plus élevé pour les garçons non-HET par rapport aux garçons hétérosexuels et 1.6 fois plus élevé pour les filles non-HET par rapport aux filles hétérosexuelles).

Concernant l'identité de genre, 10% des jeunes trans* rapportent avoir été victimes de brigandage/racket au cours des 30 derniers mois, 11% déclarent avoir subi des violences sexuelles, aucun·e n'a déclaré avoir été victime de lésions corporelles. Quinze pourcents des jeunes trans* rapportent avoir été victimes de harcèlement (cyber ou traditionnel) de manière hebdomadaire durant la dernière année. Ces chiffres inédits en Suisse confirment une situation très préoccupante, même si la petite taille de l'échantillon limite la puissance statistique des analyses.

Consommation de substances psychoactives

Les jeunes non-HET sont proportionnellement plus nombreux·ses à consommer régulièrement du tabac que les jeunes hétérosexuel·les (42% vs 27%, $p < 0.001$). Elles et ils sont aussi plus nombreux·ses à avoir consommé des stupéfiants autres que le cannabis au cours des 12 derniers mois (10% vs 5%, $p = 0.004$). D'après le modèle de régression multi-variables[b], les différences entre ces deux groupes deviennent aussi statistiquement significatives pour la consommation régulière d'alcool et de cannabis. L'association entre l'orientation sexuelle et la consommation de substances psychoactives est plus marquée pour les jeunes femmes, chez qui la surreprésentation des jeunes femmes non-HET est particulièrement importante pour ce qui est de la consommation régulière de cannabis (OR = 3.3) et la consommation d'autres stupéfiants au cours des 12 derniers mois (OR = 5.5).

Appréciation de la santé

Lorsqu'il s'agit de décrire leur état de santé, les jeunes non-HET sont proportionnellement plus nombreux·ses à rapporter être en mauvaise santé générale (20% vs 11% chez les jeunes ayant une attirance exclusivement hétérosexuelle, $p < 0.001$), à mentionner souffrir de plusieurs symptômes psychosomatiques plusieurs fois par semaine (79% vs 56%, respectivement, $p < 0.001$) et à annoncer des symptômes dépressifs (58 % vs 36% respectivement, $p < 0.001$).

D'après le modèle multi-variables, le rapport entre les jeunes en mauvaise santé et celle et ceux en bonne santé est environ deux fois plus important parmi les jeunes non-HET que chez les jeunes hétérosexuel·les pour les trois variables liées à la santé.

Comparé·es à leurs pair·es cisgenres, les jeunes trans* rapportent également une plus mauvaise santé générale (36% vs 12%, $p = 0.002$), des troubles psychosomatiques récurrents (82% vs 60%, $p = 0.048$) et des symptômes dépressifs (67% vs 39%, $p = 0.011$).

Discussion et conclusion

À une exception près (la consommation hebdomadaire d'alcool en fonction de l'identité de genre), toutes les associations étudiées sont en défaveur des minorités sexuelles et de genre ou sont statistiquement non significatives. Tant pour l'orientation sexuelle que pour l'identité de genre, les trois variables liées à un moins bon état de santé font partie des associations statistiquement significatives. Ces résultats confirment une situation préoccupante déjà observée chez les plus

[b] Ce modèle tient compte d'autres facteurs que la seule orientation sexuelle. Ici, le sexe, le type de formation suivie, le statut migratoire, le statut religieux et le niveau économique de la famille.

jeunes (15 ans) en Suisse (dans les cantons de Vaud et Zürich)[1] et bien décrite dans la littérature internationale. Pour améliorer la situation de ces jeunes, une attention particulière doit être portée au climat qui règne dans les environnements scolaire, extra-scolaire et familial dans lesquels peuvent survenir les situations de stigmatisation, de discrimination et de violence, mais dans lesquels peuvent également se développer les capacités de résilience. Il paraît donc primordial de poursuivre la prévention en milieu scolaire et d'amorcer une réflexion quant à la prévention dans les environnements extrascolaire et familial.

1 Introduction

Les jeunes lesbiennes, gays, bisexuel·les, trans* et en questionnement (LGBTQ) sont régulièrement confronté·es à des violences psychologiques, verbales et/ou physiques. Hormis les difficultés spécifiques auxquelles elles et ils doivent faire face lorsqu'elles et ils découvrent leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, ces jeunes affrontent également un stress quotidien lié au fait d'appartenir à des minorités qui sont aujourd'hui encore fortement stigmatisées.

Les problématiques, telles que les troubles dépressifs, les comportements suicidaires ou encore la consommation de substances psychoactives, auxquelles sont particulièrement exposées les personnes LGBTQ, sont des sujets bien décrits dans la littérature. Cependant relativement peu de données européennes, notamment en Suisse, sont disponibles, en particulier en ce qui concerne les minorités de genre. Ce rapport présente d'une part la proportion de jeunes de 18 ans en formation post-obligatoire ayant une orientation sexuelle non exclusivement hétérosexuelle ou une identité de genre minoritaire dans le canton de Vaud et, d'autre part, détermine dans quelle mesure ces jeunes sont plus concerné·es par différentes problématiques comme la violence, la consommation de substances psychoactives, le (cyber-)harcèlement ou les problèmes de santé.

Une enquête se focalisant sur la violence, la consommation de substances psychoactives et la santé des répondant·es a été menée en 2017 dans le canton de Vaud, auprès de 1'817 jeunes en deuxième année de formation post-obligatoire. Des questions relatives à trois dimensions de l'orientation sexuelle (attirance sexuelle, sexe des partenaires sexuel·les et autodéfinition) et à l'identité de genre ont été posées dans cette enquête, permettant de distinguer les jeunes non exclusivement hétérosexuel·les des jeunes exclusivement hétérosexuel·les, ainsi que les jeunes trans* ou en questionnement des jeunes cisgenres. L'objectif du présent rapport consiste à mettre en exergue les difficultés auxquelles ces jeunes sont exposé·es, ceci au travers d'une analyse de la littérature scientifique et de données locales provenant de l'enquête populationnelle menée en 2017. Cette recherche présente un caractère innovant en Suisse en s'appuyant sur trois dimensions de l'orientation sexuelle et en décrivant la situation des jeunes en fonction de leur identité de genre.

2 Revue de littérature

2.1 Préambule

L'objectif de cette revue ciblée de littérature peut être décliné en trois points. Il s'agit tout d'abord de présenter brièvement les indicateurs utilisés dans la littérature scientifique pour identifier les personnes issues des minorités sexuelles, avec une focale particulière sur les différentes dimensions de l'orientation sexuelle.

Nous dresserons ensuite un aperçu des connaissances actuelles quant aux difficultés rencontrées par les jeunes appartenant à une minorité sexuelle. Ce champ de recherche étant extrêmement vaste, la priorité est donnée aux études comparatives menées en Europe sur les thèmes de la victimisation, la consommation de substances psychoactives et la santé.

Les pistes théoriques visant à expliquer les disparités mesurées entre les jeunes LGBT et leurs pair·es hétérosexuel·les ou cisgenres, ainsi que les facteurs de protection identifiés dans la littérature scientifique sont finalement exposés. Ces éléments contribueront à la réflexion sur les stratégies de prévention à renforcer ou à développer.

2.2 Orientation sexuelle

2.2.1 Dimensions de l'orientation sexuelle et recoupements

L'orientation sexuelle est une notion complexe définie selon le consensus actuel par trois grandes dimensions que sont l'attirance sexuelle, le sexe des partenaires sexuel·les, et l'auto-identification[2, 3]. A la notion d'attirance sexuelle s'ajoute parfois encore celle de l'attirance romantique[4]. Ces dimensions reflètent souvent des étapes du développement identitaire des jeunes LGB, qui ont généralement lieu à des moments différents avec parfois plusieurs années d'écart[5, 6], ou qui ne se réalisent pas toutes. Il n'est donc pas surprenant que les études se penchant sur la question constatent que ces trois dimensions de l'orientation sexuelle ne sont pas superposables[3, 7-10]. Le nombre relatif de personnes identifiées comme LGB par chaque indicateur est quant à lui variable selon le contexte ou les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Igartua et ses co-auteurs (dans une population d'adolescent·es de 14 ans à Montréal) rapportent par exemple un nombre décroissant de jeunes LGB selon que la classification est faite respectivement par l'attirance (romantique ou sexuelle), l'auto-identification ou le sexe des partenaires sexuel·les[7]. Geary et son équipe de recherche (population générale, 16-74 ans, Angleterre) rapportent quant à eux, dans l'ordre décroissant, l'attirance sexuelle, le sexe des partenaires sexuel·les puis l'auto-identification[3]. Les travaux de Priebe et Svedin (étudiant·es de *high* school de 16 à 19 ans en Suède) font état du même ordre que l'étude montréalaise d'Igartua et collègues, pour autant que les étudiant·es déclarant ne pas être sûr·es de savoir comment ils·elles s'auto-identifient soient comptabilisé·es comme LGB. Sans cela, l'auto-identification se retrouve en dernière position. Dans les études que nous avons pu consulter, l'attirance sexuelle ne se retrouve

jamais en dernière position. Költő et ses coauteur·es notent même que chez les jeunes, l'attirance non strictement hétérosexuelle est largement plus courante que ne le sont l'auto-identification et les comportements sexuels avec des personnes du même sexe[9]. A l'inverse, l'auto-identification ne comptabilise jamais le plus grand nombre de personnes LGB. On voit donc une certaine logique se dégager de la classification selon ces trois indicateurs, qui semble suivre en partie les étapes chronologiques du développement identitaire des jeunes LGB, avec toutefois une plus grande complexité. Une étude américaine de cohorte suivant des étudiant·es de *high school* sur trois ans relève d'ailleurs que de nombreux jeunes sont nuancé·es et fluides sur ces questions d'orientation sexuelle[11].

En Suisse, Narring et ses coauteur·es relevaient en 2003 un ordre similaire à celui de l'étude anglaise de Geary (attirance > comportements sexuels avec partenaires du même sexe > auto-identification) dans un échantillon national de jeunes de 16 à 20 ans. Plus récemment, les premières analyses des données utilisées dans cette étude (jeunes de 18 ans dans le canton de Vaud) révélaient que la classification comme LGB était la plus grande selon l'attirance, puis le sexe des partenaires sexuel·les et enfin l'auto-identification, avec un nombre de personnes très proche entre l'attirance et le sexe des partenaires sexuel·les[12]. Une répartition avec les comportements sexuels avec partenaires du même sexe en première place (comportements > attirance > auto-identification) a d'ailleurs été observée dans une autre enquête suisse récente (jeunes adultes de 24 à 26 ans sur l'ensemble du pays)[13]. Notons que dans ces deux études, le nombre de réponses est moins important à la question du sexe des partenaires sexuel·les qu'aux deux autres questions[c].

2.2.2 Choix des indicateurs, influence sur les mesures et recommandations

Dans les publications consultées, les pratiques quant au choix de l'indicateur sont très variables. L'auto-identification seule, l'attirance seule (sexuelle et/ou romantique), ainsi que des indicateurs composites basés sur une combinaison de deux ou trois dimensions sont souvent utilisés. Cette diversité des usages complique naturellement les comparaisons et l'interprétation des résultats. De plus, ces pratiques variables posent question quant à savoir si l'ampleur des difficultés vécues est justement rapportée. Certains indicateurs pourraient en effet minimiser le nombre de personnes concernées[14] ou manquer des populations à risque[7]. Priebe montre par exemple que les étudiant·es suédois·es (16-22 ans) s'auto-identifiant comme hétérosexuelle·les rapportent toutes sortes d'attirances et de configurations en termes de sexe des partenaires sexuel·les[8], et d'autres études empiriques révèlent que les personnes identifiées comme minoritaires par le sexe de leurs partenaires sexuel·les ou leur attirance peuvent aussi constituer des populations à risque, parfois même davantage que les minorités sexuelles auto-identifiées[15-17]. Lhomond et ses collègues en France ou Brewster et son équipe de recherche aux Etats-Unis trouvent par exemple des associations moins fortes ou inexistantes entre le statut minoritaire et la consommation de substances lorsque seule l'autodéfinition est considérée[16, 17].

Les auteur·es de ces travaux recommandent généralement d'adresser des questions quant aux trois dimensions de l'orientation sexuelle[10, 15, 18, 19]. Un rapport dédié à cette question, publié par un groupe d'expert·es américain·es en 2003 propose même d'en ajouter une quatrième en

[c] Lucia et. al., 2018[12] : Attirance, 1'549 réponses ; auto-définition, 1'518 réponses ; comportements, 1'261 réponses
Barrense-Dias et. al., 2018[13] : Attirance, 5'277 réponses ; autodéfinition, 5'285 réponses ; comportements, 5'057

s'intéressant à la perception par les autres[20]. Lorsque plusieurs dimensions sont adressées, une réflexion devrait encore être menée sur la manière de les exploiter, avec la possibilité d'adapter l'indicateur en fonction de la question de recherche pour maximiser la pertinence des analyses[8, 14]. Si l'on souhaite au contraire être le plus inclusif possible, ce qui fait sens dans une recherche plus générale, la construction d'un indicateur composite est recommandée avec toutefois un risque : celui d'éclipser la contribution spécifique de chaque dimension.

En parallèle aux questions méthodologiques, s'inscrit la problématique de la longueur des questionnaires. Une longue liste de questions est en effet coûteuse et peut représenter une charge supplémentaire pour les répondant·es[21]. S'il est donc parfois nécessaire de faire un choix, les recommandations à ce sujet ne sont pas unanimes. Certain·es préconisent l'emploi de l'auto-identification, qui serait selon eux·elles l'indicateur le plus robuste et le plus étroitement lié à la discrimination[21]. D'autres proposent d'utiliser l'attirance sexuelle, qui serait l'indicateur le plus stable dans le temps, si possible en combinaison avec l'un des deux autres indicateurs[19]. D'autres au contraire déconseillent l'emploi de l'attirance (romantique) ou du sexe des partenaires sexuel·les avec des jeunes qui pourraient ne pas encore avoir vécu ce type d'expériences[8]. Sauf quelques recommandations résultant surtout du bon sens, comme le fait de documenter le sexe des partenaires sexuel·les et les comportements sexuels si l'on s'intéresse aux IST, il manque de recherches systématiques pour évaluer quel indicateur est le plus adapté en fonction de la question de recherche. Cependant, si la sensibilité de l'indicateur prime, ce qui fait sens dans une optique de santé publique, et si la question de recherche n'est pas trop spécifique, alors les considérations faites au point précédent dirigeraient vers l'emploi de l'attirance sexuelle.

Nous n'avons identifié qu'une seule étude consacrée à la validité de ces indicateurs. Il s'agit d'une étude de fidélité (test-retest) menée auprès de 64 jeunes s'auto-définissant comme LGB[22]. Cette étude fait état de résultats cohérents pour les trois dimensions de l'orientation sexuelle[d].

La littérature scientifique confirme donc que l'orientation sexuelle doit être appréhendée et idéalement documentée comme un concept multidimensionnel au moyen des trois dimensions complémentaires que sont l'attirance sexuelle, l'autodéfinition et le sexe des partenaires sexuel·les.

2.2.3 Victimisation

Des violences verbales ou physiques aux abus sexuels, en passant par le cyber-harcèlement, de nombreuses formes de victimisation sont abordées dans les publications scientifiques, qui rapportent de manière générale que les personnes LGB en sont davantage victimes que leurs pair·es hétérosexuel·les[23]. La victimisation des jeunes LGBT, notamment à l'école, est souvent abordée, en particulier aux Etats-Unis où plusieurs études, basées par exemple sur les résultats de l'enquête YRBSS[e], mettent en évidence un risque accru de victimisation des minorités sexuelles[24, 25]. C'est aussi ce qui ressort d'une revue de la littérature conduite en 2016 par Toomey et Russel sur le rôle de l'orientation sexuelle dans la victimisation à l'école[26].

[d] Attirance sexuelle, κ = 0.85, comportements sexuels prévalence vie, κ = 0.89, auto-définition, κ = 0.89

[e] *Youth Risk Behavior Surveillance System*

En Europe, très peu d'études comparatives spécifiques ont été menées. Cependant, les travaux existants concluent également à une disparité en défaveur des jeunes LGB face à la victimisation. Priebe et Svedin montraient ainsi en 2012 que les jeunes suédois·es (16-22 ans) dont l'orientation sexuelle est minoritaire subissent plus d'agressions sexuelles et de harcèlement en ligne[27]. Robinson, Espelage et Rivers, sur la base d'une étude de cohorte nationale en Angleterre suivant des jeunes entre 13 et 20 ans, rapportent aussi des risques significativement plus élevés de *bullying* (insultes, menaces de violences physiques ou violences physiques) pour les garçons et les filles LGB, en tout cas entre 13 et 16 ans. Elle et ils notent qu'après 16 ans, le risque relatif augmente pour les garçons gays ou bisexuels et diminue pour les filles lesbiennes ou bisexuelles. De manière globale, elle et ils relèvent une diminution de la victimisation avec l'âge.

En Suisse, une enquête populationnelle en milieu scolaire chez les jeunes de 15 ans dans les cantons de Vaud et Zürich a mis en évidence un risque accru chez les jeunes ayant une attirance non-exclusivement hétérosexuelle face aux violences (brigandage/racket, violences sexuelles et lésions corporelles), au harcèlement traditionnel et au cyber-harcèlement[1].

Les premières analyses des données utilisées dans le présent rapport, ciblant des jeunes plus âgé·es (18 ans) et investiguant là encore les différences en fonction de l'attirance sexuelle, présentent des résultats plus disparates selon les variables. S'il n'y a pas de différence statistiquement significative pour le brigandage/racket ou les lésions corporelles, les jeunes ayant une attirance non exclusivement hétérosexuelle encourent par contre un risque accru de violences sexuelles (16.8% contre 3.5%, $p<0.001$) et de harcèlement (toutes formes confondues, 20.4% contre 7.8%, $p<0.001$)[12].

2.2.4 Consommation de substances psychoactives

Dans une méta-analyse de 18 études comparatives, Marshal et ses coauteur·es trouvent que les adolescent·es LGB ont environ 2.9 fois plus de risques d'abuser de substances psychoactives que leurs pair·es hétérosexue·les[28]. Dans cette analyse, elles et ils mettent en évidence des différences particulièrement marquées pour la consommation de drogues injectables (comme la cocaïne) par rapport à l'alcool ou au tabac. Par une analyse de modération, elles et ils soulignent que l'association est particulièrement forte dans les études basées sur l'auto-identification, de même que pour les filles et pour les jeunes bisexuel·les[f]. Les auteur·es appellent cependant à la prudence concernant la généralisation des conclusions et soulignent que les mécanismes causaux liant le statut LGB à l'abus de substances demeurent largement méconnus. Elles et ils relèvent notamment l'absence systématique d'analyse des effets de médiation que pourraient jouer d'autres variables, comme la discrimination, sur ces effets, en faisant référence à la théorie du stress minoritaire (voir aussi le point 2.4).

En Europe, le nombre d'études comparatives est là encore limité. Une analyse secondaire des données de l'enquête *Contexte de la sexualité en France [CSF]*, conduite par Lhomond et son équipe de recherche, met en évidence des différences statistiquement significatives face à la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres stupéfiants pour les personnes non-exclusivement

[f] Ceci est valable pour les personnes qui se distinguent comme bisexuelles aussi bien par l'auto-identification que par les comportements sexuels ou l'attirance.

hétérosexuelles, quelle que soit la dimension considérée[16]. Cette étude fait cependant état de nuances pour l'alcool parmi les hommes puisque seul le sous-groupe d'hommes s'auto-définissant comme hétérosexuels mais ayant eu un ou plusieurs partenaires sexuels masculins présente une consommation d'alcool plus élevée. Une étude anglaise, basée uniquement sur l'autodéfinition, rapporte des résultats similaires pour la consommation problématique d'alcool avec, lorsque les données sont ajustées pour une série de facteurs sociodémographiques, une différence statistiquement significative pour les femmes uniquement[29]. Cette même étude fait état d'une consommation quotidienne de tabac similaire entre les personnes LGB et les autres. En Suède, Bränström et Pachankis trouvent des résultats similaires à Lhomond pour la consommation de cannabis, significativement plus élevée parmi les minorités sexuelles. Ils trouvent par contre des différences marquées aussi pour la consommation quotidienne de tabac (sauf pour les femmes lesbiennes) et la consommation problématique d'alcool (sauf pour les hommes gays)[30]. Ces trois études ne sont pas spécifiques aux jeunes mais tiennent compte de l'âge. L'étude suédoise teste cependant l'effet modérateur de l'âge et ne trouve pas d'effet statistiquement significatif, sauf pour la consommation de tabac parmi les personnes bisexuelles, avec un risque plus élevé pour les 16-34 ans que pour les personnes plus âgées[30].

Les études européennes ciblant spécifiquement les jeunes sont rares. Nous n'avons pu consulter que trois recherches concernant des adolescent·es de 15 ans, dont l'étude suisse menée auprès des jeunes vaudois·es et zurichois·es. Toutes trois rapportent des différences statistiquement significatives dans la consommation d'alcool, de cannabis et/ou de tabac entre les adolescent·es LGB et les autres, avec quelques rares exceptions[1, 9, 31]. Költő et ses collaboratrices et collaborateurs, qui se basent sur des données de l'enquête HBSC[g] pour huit pays européens[h] et évaluent la prévalence de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis ainsi que du fait d'avoir été ivre durant les 30 derniers jours, rapportent toutefois que les filles lesbiennes semblent moins à risque que les garçons gays et bisexuels et les filles bisexuelles.

2.2.5 Santé

Les problèmes de santé rencontrés par les jeunes LGBT et en particulier la santé mentale (bien-être, troubles dépressifs, comportements suicidaires) sont les mieux documentés dans la littérature. Le Tableau 1 présente une liste non exhaustive de revues de littérature portant sur la comparaison de la santé mentale chez les personnes LGB et hétérosexuelles. Il en ressort que la grande majorité des études font état de risques plus marqués pour les personnes LGB de présenter des troubles anxieux, des troubles dépressifs et de commettre des tentatives de suicide.

[g] *Health Behaviour in School-aged Children*

[h] Angleterre, Belgique, Bulgarie, France, Hongrie, Islande, Macédoine du Nord et Suisse

Tableau 1 Revues de littérature sur les disparités face aux problèmes de santé mentale

Référence	Type de revue	Thème(s) abordé(s)	Résultats principaux
Publications ciblant spécifiquement les jeunes LGB			
Di Giacomo et. al (2018)[32]	Revue systématique et Méta-analyse 35 études comparatives	Tentatives de suicide	Les minorités sexuelles présentent généralement un risque plus élevé de tentatives de suicide (OR[i] 3.50, IC 95% 2.98-4.12). Ce risque est plus élevé pour les jeunes bisexuel·les que les jeunes homosexuel·les.
Lucassen et. al (2017)[33]	Revue systématique et Méta-analyse 23 articles	Symptômes ou troubles dépressifs	Les jeunes issus de minorités sexuelles rapportent des taux plus élevés de dépression (OR 2.94, IC 95% 2.27 – 3.80) que leurs pair·es hétérosexue·les. Les filles LB sont particulièrement vulnérables face à la dépression (en comparaison des garçons GB).
Publications relatives à toutes les tranches d'âge			
Julien et Chartrand (2005)[34]	Revue de littérature 32 publications portant sur un échantillon probabiliste	Santé, dont 15 études qui s'intéressent à des problèmes de santé mentale	La détresse psychologique et les tentatives de suicide sont plus souvent rapportées par les personnes LGB que par les hétérosexuel·les. Les résultats sont cohérents entre les études basées sur un échantillon probabiliste.
King et. al (2008)[35]	Revue systématique et Méta-analyse 25 études populationnelles comparatives	Troubles mentaux (dépression, anxiété) Suicide Automutilation	Les personnes LGB présentent des risques plus élevés de troubles anxieux (RR[j] 1.54, IC 95% 1.23 – 1.922), de dépression (RR 2.58, IC 95% 1.92 – 3.47) et de tentatives de suicides au cours de la vie (RR 2.47, IC95% 1.87 – 3.28). Ce dernier risque est particulièrement marqué chez les hommes gays et bisexuels (RR 4.28, IC 95% 2.32 – 7.88).
Plöderl et Tremblay (2015)[36]	Revue systématique 199 études	Santé mentale (anxiété, dépression, suicide)	La grande majorité des publications rapportent un risque accru pour les personnes LGB face aux troubles anxieux, la dépression et les tentatives de suicide. Cela est valable pour les trois dimensions de l'orientation sexuelle. Les personnes bisexuelles sont identifiées comme un sous-groupe particulièrement vulnérable dans la majorité des études revues.

En Europe, quelques enquêtes de cohortes incluent des questions sur l'orientation sexuelle et permettent des études longitudinales. C'est notamment le cas des enquêtes ALSPAC[k] et MCS[l] au Royaume-Uni ou de la cohorte TRAILS[m] au Pays-Bas. Quatre publications basées sur ces cohortes ont été consultées et mettent toutes en évidence des disparités au niveau de la santé mentale des

[i] OR signifie « odds ratio » : la section 3.3.2 du rapport explique comment interpréter un OR

[j] RR signifie « relative risk »

[k] Avon Longitudinal Study of Parents and Children

[l] Millenium Cohort Study

[m] TRacking Adolescents'Individual Lives Survey

adolescent·es ou des jeunes LGB[37-40]. Deux d'entre elles montrent que des disparités face à la dépression existent déjà autour de dix ou onze ans, et qu'elles augmentent ensuite jusqu'à l'âge adulte[38, 40]. La Roi et collègues aux Pays-Bas et Jones et collègues au Royaume-Uni relèvent par ailleurs tous deux que la victimisation et/ou le rejet parental influencent la force de l'association entre statut sexuel minoritaire et troubles anxieux ou dépressifs[39, 40].

La santé mentale n'est pas le seul enjeu et certaines publications font aussi état de fréquences accrues de troubles somatiques. C'est par exemple le cas de Bränström et collègues qui relèvent que les personnes LGB dans la population suédoise rapportent davantage de symptômes physiques (douleurs, insomnies, problèmes intestinaux) et de pathologies (diabète, asthme, hypertension artérielle), avec des disparités particulièrement marquées chez les adolescent·es et les jeunes adultes[41].

Ces fréquences accrues de problèmes de santé parmi les minorités LGB ont aussi été observées en Suisse, que ce soit au niveau de la santé mentale ou des troubles somatiques. Wang et collègues trouvent par exemple que le risque de commettre une tentative de suicide au cours de la vie est significativement plus élevé chez les hommes gays que chez les hétérosexuels (ch-x 2002 : OR = 4.68 [3.06 – 7.15] ; SMASH[n] 2002 : OR = 5.36 [2.57 – 11.02])[o][42]. Lucia et collègues trouvent quant à elles et eux que les adolescent·es de 15 ans (Vaud et Zürich) et les jeunes adultes de 18 ans (Vaud) ayant une attirance non-exclusivement hétérosexuelle rapportent une moins bonne santé générale, présentent plus de symptômes psychosomatiques fréquents et sont davantage sujet·tes à la dépression[1, 12]. Concernant les troubles somatiques, Wang et son équipe de recherche ont relevé des fréquences plus élevées parmi les hommes gays en comparaison de la population générale (douleurs, fatigue, insomnies, maux de tête)[43].

2.3 Identité de genre

2.3.1 Terminologie et indicateurs

La recherche scientifique sur la victimisation ou encore les problèmes de santé vécus par les minorités de genre se réfère parfois à des notions différentes dont les limites ne sont pas toujours clairement définies[44]. Pour décrire les différents aspects de genre, nous nous référerons ici aux interactions entre les notions de sexe assigné à la naissance, d'identité de genre et d'expression de genre. Par identité de genre, nous entendons le sentiment profond d'être un homme, une femme, aucun des deux ou les deux à la fois[4]. Il s'agit donc d'un concept intimement lié à la personne et à son ressenti propre. L'expression de genre fait quant à elle référence à l'apparence de la personne ou à ses intérêts et doit donc être interprétée en tenant compte du contexte socio-culturel dans lequel évolue la personne.

Nous emploierons la notion de *non-conformité de genre* pour définir les personnes (LGBT ou non) dont l'expression de genre ne correspond pas à la norme sociale attendue pour le sexe assigné à la naissance. Pour les personnes dont l'identité de genre ressentie ne correspond pas ou pas

[n] *Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health*

[o] Ch-x : Swiss recruit Survey ; SMASH : Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health

complètement au sexe qui leur a été assigné à la naissance, nous utiliserons les termes *transgenre, trans** ou *transidentitaire.*

Parmi les publications consultées, la plupart s'intéressent à la non-conformité de genre en employant des indicateurs variés. Certaines s'intéressent à l'auto-description de l'apparence[45], d'autres se réfèrent à la perception de ce que pensent les autres[46, 47], d'autres encore mesurent un score d'affinité pour des activités perçues comme typiquement masculines ou féminines[48, 49]. Notons que parfois, les échelles utilisées ne distinguent pas clairement le non-conformisme de genre et la transidentité tels que nous les définissons ici, en mélangeant des items plutôt liés à l'une et l'autre de ces notions[p50, 51]. La non-conformité de genre est plus fréquente chez les jeunes LGBT[48] et comme elle est par définition perceptible, visible par les autres, elle joue probablement un rôle lorsqu'il est question de victimisation[45, 47, 52, 53].

Les études portant spécifiquement sur les jeunes transgenres sont plus rares. Dans leur revue de littérature sur les tentatives de suicide, Di Giacomo et collègues ne relèvent par exemple qu'une seule étude sur 35 qui traite la question de la transidentité indépendamment de l'orientation sexuelle. Or, comme le relèvent Reisner et ses collègues, les jeunes transgenres font face à des difficultés qui leur sont propres, telles que le besoin de soutien dans les questions de transition de genre, le fait de ne pas être appelé·e par leur prénom choisi ou désigné·e par le bon pronom ou encore de ne pas avoir accès à des vestiaires ou toilettes appropriés[54]. Il paraît donc essentiel d'adresser la question des difficultés vécues par les minorités de genre séparément de l'orientation sexuelle.

Parmi les études se concentrant spécifiquement sur les personnes transgenres, nous pouvons mentionner les travaux de Reisner et collègues sur l'abus de substances et le *bullying* durant l'adolescence, la recherche sur le bien-être de jeunes cisgenres, transgenres et non binaires réalisée par Aparicio-García et son équipe de recherche à Madrid et une étude comparative norvégienne sur la satisfaction dans la vie des étudiant·es menée par Andersen et collègues[54-56]. Ces trois études adressent directement la question du genre ressenti.

2.3.2 Victimisation

De manière générale, toutes les publications consultées font état d'un risque accru de victimisation pour les jeunes transgenres et/ou non conformes au genre attendu.

Aux Etats-Unis, Gordon et collègues mettent en évidence une relation linéaire statistiquement significative entre la non-conformité de genre et le *bullying* chez les adolescent·es de 13 à 18 ans[47]. Dans une population du même âge, Reisner et son équipe trouvent pour leur part que les adolescent·es qui s'identifient comme transgenres vivent davantage de situations de *bullying* et de (cyber)-harcèlement que les jeunes cisgenres[54]. Baams et collègues, montrent à la fois que les adolescent·es transgenres ont plus de risque de présenter un score de « poly-victimisation » élevé

[p] Van Beusekom et ses collaboratrices et collaborateurs utilisent une échelle mélangeant par exemple l'item *« I prefer hanging out with girls rather than boys »* faisant typiquement référence à la non-conformité de genre et l'item *« I sometimes wish I had been born a girl rather than a boy »,* plutôt lié à l'identité de genre ressentie.

que les adolescent·es cisgenres et que le fait de présenter une non-conformité de genre augmente ce risque pour toutes et tous les adolescent·es[46].

Parmi les études menées en Europe, van Beusekom et son équipe trouvent une association entre la non-conformité de genre et une victimisation par les pair·es accrue dans un échantillon d'adolescent·es hollandais·es (11-18 ans)[51]. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'Aparicio-García et collègues, d'après qui les jeunes madrilènes transgenres et non binaires subissent plus de violences verbales (à l'école et en dehors de l'école) et de violences physiques (à l'école) que les jeunes cisgenres[55].

2.3.3 Consommation

Très peu d'études s'intéressent aux comportements respectifs des jeunes transgenres et cisgenres face à la consommation de substances psychoactives. Reisner et collègues mentionnaient en 2015 ne pas avoir connaissance d'études à large échelle sur ce sujet. De son étude auprès d'adolescent·es américain·es (13-18 ans), il ressort que les jeunes transgenres présentent des prévalences significativement plus élevées de consommation d'alcool, de tabac, de marijuana et d'autres drogues au cours des douze derniers mois. Cela n'est par contre pas le cas pour la consommation régulière de ces quatre catégories de substances. Une étude néo-zélandaise sur le bien-être et la santé des étudiant·es du secondaire (12-18 ans) à l'échelle nationale trouve au contraire des différences statistiquement significatives pour la consommation régulière d'alcool. Selon cette étude, les jeunes transgenres ont près de trois fois plus de risque que les jeunes cisgenres de consommer de l'alcool de manière hebdomadaire.

Aucune étude comparative européenne n'a pu être mise en évidence par notre recherche. Le faible nombre de personnes transgenres habituellement identifiées dans les échantillons sondés, associé aux maigres prévalences de consommation de substances psychoactives autres que l'alcool et le tabac constituent évidemment une limite à la réalisation de telles études comparatives.

2.3.4 Santé

Les recherches américaines que nous avons pu consulter traitent toutes de la non-conformité de genre. Selon Roberts et ses co-auteur·es, la non-conformité de genre à l'âge de onze ans est un prédicteur fort de la survenue de symptômes dépressifs durant l'adolescence et le passage à l'âge adulte[49]. L'association est particulièrement forte pour les garçons, y compris les garçons hétérosexuels, ce qui montre bien que le non-conformisme peut être un facteur de risque, indépendamment de l'orientation sexuelle. Les résultats de Rieger et Savin-Williams vont dans le même sens puisqu'ils trouvent, chez des étudiant·es de *high school*, une association négative entre le bien-être et le non-conformisme de genre, laquelle est plus forte qu'avec l'orientation sexuelle[48]. Toomey et collègues poussent la question plus avant et testent l'effet de la non-conformité de genre sur la satisfaction dans la vie et la dépression au sein d'un échantillon de personnes LGBT. Ses résultats font état d'une association statistiquement significative, qui est cependant totalement réduite lorsque les expériences de victimisation sont prises en compte[45].

En Europe, Baams et ses co-auteur·es trouvent des résultats similaires avec un échantillon de 194 jeunes adultes LGBT hollandais·es (16-24 ans) parmi lesquels la non-conformité de genre prédit un niveau plus faible de bien-être[52]. Toujours aux Pays-Bas, une relation similaire est aussi observée par Van Beusekom et collègues pour une population plus jeune (11-16 ans) avec une association entre la non-conformité[q] de genre et le stress social[50]. La victimisation sous la forme d'insultes homophobes joue dans ce cas un effet de médiation.

Concernant la transidentité, l'étude néo-zélandaise de Clark et coauteur·es rapporte que la fréquence des troubles dépressifs importants est près de six fois plus élevée chez les étudiant·es transgenres que chez les jeunes cisgenres. Toujours selon cette étude, les tentatives de suicide chez les jeunes transgenres dans les 12 derniers mois sont quant à elles cinq fois plus fréquentes que chez les jeunes cisgenres[57]. En Europe, une revue de la littérature traitant des pensées et comportements autodestructeurs chez les jeunes britanniques non cisgenres relève des prévalences particulièrement élevées pour ce groupe[r][44]. L'unique étude comparative que nous avons pu consulter est une étude norvégienne récente (collecte de données en 2018) qui évalue la satisfaction dans la vie, la solitude, la santé mentale et les comportements suicidaires chez des étudiant·es norvégien·nes (âge moyen de 23 ans)[56]. Cette étude rapporte des *odds ratios* de présenter un résultat défavorable pour l'une ou l'autre des variables étudiées allant de 2 à 6 pour les jeunes trans* en comparaison des jeunes cisgenres, avec des risques particulièrement élevés concernant les troubles mentaux et les tentatives de suicides. Les associations sont statistiquement significatives pour toutes les variables analysées. Cela est valable tant pour les jeunes trans* s'inscrivant dans une logique binaire que pour les non-binaires (majoritaires dans l'étude suédoise). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

2.4 Causalité, stress minoritaire et effet médiateur de la victimisation

Des associations statistiquement significatives entre le statut LGBT, la victimisation, la consommation de substances et les problèmes de santé sont observées dans de nombreuses études. Cependant, la manière dont ces différentes dimensions sont liées les unes avec les autres est extrêmement complexe et les liens de causalité sont notamment difficiles à déchiffrer. L'une des théories explicatives majeures, souvent reprise dans la littérature scientifique, est le modèle du stress minoritaire exposé par Meyer[58]. Selon ce modèle, les disparités face à la santé mentale sont dues à une exposition accrue des personnes LGBT au stress, en raison de la stigmatisation, des préjudices et de la discrimination qu'elles subissent. Dans ce modèle, la victimisation serait typiquement un facteur de stress et se situerait donc en amont dans la chaîne causale par rapport à la consommation problématique de substances ou aux problèmes de santé mentale. La recherche sur cette question est limitée par la nature des études qui sont le plus souvent basées sur des enquêtes transversales. Or, comme le mentionnent Bränström et Pachankis dans leur discussion,

[q] Notons que dans cette étude, l'indicateur mélange des items liés au non-conformisme avec d'autres plutôt liés à la notion de transidentité.

[r] Le terme *gender-diverse* est employé et se veut inclusif de toutes les nuances de la transidentité, y compris lorsqu'elle va au-delà de la logique binaire homme/femme.

seules des enquêtes longitudinales de cohortes permettraient d'aborder en profondeur les relations temporelles entre l'exposition aux facteurs de stress et la survenue de difficultés ultérieures[30]. Plusieurs équipes se sont tout de même intéressées à cette thématique par des analyses de médiation[s]. Il en ressort que la victimisation ou la discrimination jouent un rôle de médiation, généralement partiel, de l'association entre un statut minoritaire et la consommation de substances[30, 54, 59-61] ou les problèmes de santé mentale[39, 40, 49, 50, 59]. Dans certains cas particuliers, ce rôle est même entièrement associé à la survenue de la difficulté étudiée. C'est par exemple ce que révèle une analyse de Toomey et collègues pour la médiation du lien entre l'expression de genre non conforme et les difficultés d'ordre psychosocial (dépression, anxiété, tendances suicidaires) chez les jeunes LGB[45].

2.5 Facteurs protecteurs

La littérature identifie deux niveaux de facteurs protecteurs. Le premier a trait aux facteurs plus personnels, liés à la capacité de résilience des individus voire des groupes[58]. Le second concerne les facteurs externes constitués par les actions qui peuvent être entreprises pour remédier aux problèmes identifiés. Comme le mentionnent Beck et Firdion, ces deux niveaux sont liés à des approches fondamentalement différentes de la problématique[62]. La première s'inscrit plutôt dans une logique d'émancipation alors que la seconde considère le problème sous l'angle de la victimologie. Cette distinction n'est pas uniquement théorique puisqu'elle peut jouer un rôle sur le problème lui-même. Fineman propose notamment une réflexion très intéressante autour du risque inhérent à l'approche qui tend à désigner les personnes LGBT (ou tout autre groupe spécifique) comme une population vulnérable (victimologie), créant par là même un risque de stigmatisation pouvant empirer la situation des personnes que l'on cherche à protéger[63]. En dépit des limites des deux approches, Beck et Firdion relèvent de manière pragmatiques qu'elles peuvent être complémentaires[62]. Un climat favorable (c'est-à-dire moins de discrimination) est en effet nécessaire pour que la résilience puisse se développer.

Les stratégies de résilience personnelles sont variables, parfois même opposées, et souvent difficiles à évaluer. Ne pas révéler son orientation sexuelle ou se conformer aux normes de genre à l'encontre de son ressenti peut par exemple permettre d'éviter d'être harcelé·e mais induire un stress ou une LGBT-phobie intériorisée influençant négativement la santé mentale[58]. A l'inverse, Kosciw et collègues ont montré que le coming-out peut être protecteur face à la dépression mais exposer davantage à la victimisation[64]. L'effet d'un coming-out dépend évidemment du contexte dans lequel évoluent les jeunes et constitue un bon exemple de l'importance de l'environnement sur le développement de la résilience.

Au-delà de ces choix comportementaux, la capacité de résilience dépend en grande partie de la qualité et de la quantité des ressources dont disposent les jeunes[63]. Plusieurs de ces ressources protectrices ont été identifiées, certaines plus personnelles, d'autres plus systémiques.

[s] Plutôt qu'une relation causale directe entre la variable indépendante et la variable dépendante, un modèle de médiation propose que la variable indépendante influence la variable médiatrice (non observable), qui à son tour influence la variable dépendante. Ainsi, la variable médiatrice sert à clarifier la nature de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante.

Parmi les ressources plus individuelles, Molero et collègues montrent que la qualité du réseau social et des liens interpersonnels est un facteur protecteur face au mal-être des gays et lesbiennes en Espagne[65]. À un niveau plus systémique, la famille et l'école sont les espaces principaux où les jeunes construisent leurs capacités de résilience et plusieurs auteur·es ont fait état du rôle central joué par ces deux environnements pour les jeunes LGBT[63, 66]. Concernant le climat scolaire, diverses mesures ont été prises et évaluées. La mieux documentée d'entre elles est probablement l'existence des groupes *GSA* (Gay-Straight Alliances) dans les écoles américaines[67-69]. En plus d'améliorer la qualité de l'environnement scolaire, ces groupes offrent un lieu sûr pour les personnes concernées, favorisant ainsi la résilience par le sentiment d'acceptation, voire d'appartenance à un groupe (le *positive coping*)[58]. Les interventions médiatiques peuvent aussi avoir un effet bénéfique. Au Canada, l'évaluation de la diffusion d'un film de promotion d'attitudes inclusives à l'école (*Out in Schools*) a montré une réduction de la discrimination dans les écoles concernées[70]. La formation et la sensibilisation du personnel scolaire peut aussi permettre d'offrir un espace sécurisé et contribuer à l'amélioration globale du climat scolaire[62, 68]. Dans le cadre de la proposition de deux lois fédérales pour la protection des jeunes LGBTQ aux Etats-Unis, Russel et co-auteur·es listaient en 2010 les actions et politiques scolaires ayant montré une forme d'efficacité pour la promotion du bien-être des jeunes LGBTQ. En plus de la création des groupes GSA et de la formation du personnel, ils et elles citent l'introduction de règlements anti-harcèlement mentionnant spécifiquement les orientations sexuelles minoritaires (réelles ou perçues), ainsi que la mise à disposition de documentation relative aux personnes LGBTQ et la prise en compte de leur existence dans le matériel d'éducation scolaire[71]. Fait très intéressant, la mise en place de mesures visant à un climat scolaire plus inclusif améliore l'atmosphère générale et bénéficie ainsi à d'autres étudiant·es perçu·es comme différent·es[72] ou à d'autres personnes sujettes au harcèlement ou aux tendances suicidaires[70]. Selon Fineman, cela va encore plus loin. Pour elle, les violences et discriminations à l'encontre des jeunes LGBT sont avant tout des échecs institutionnels et systémiques qui n'influencent pas seulement les jeunes concerné·es mais la société de manière générale.

3 Méthode

3.1 Enquête

Les analyses présentées dans ce rapport se basent sur une enquête populationnelle menée en 2017 auprès des jeunes en 2ème année d'études post-obligatoires dans le canton de Vaud. Ces jeunes étaient en formation professionnelle ou gymnasiale[1]. Un échantillon de 131 classes comprenant 2'040 étudiant·es a été constitué. Parmi elles et eux, 1'817 étudiant·es ont participé à l'enquête (89.1%) et 1'570 ont été retenu·es pour alimenter la base de données exploitée dans le cadre de ces analyses. Les répondant·es retenu·es sont âgé·es de 15 à 24 ans et la moyenne d'âge de l'échantillon est de 18.3 ans. L'échantillon a été corrigé en fonction de la répartition des étudiant·es dans chacun des groupes identifiés lors de l'échantillonnage dans le but d'avoir un échantillon représentatif de la population initialement sélectionnée. La méthode d'échantillonnage détaillée, ainsi que la procédure de passation du questionnaire sont disponibles dans un précédent rapport[12].

3.2 Variables étudiées

3.2.1 Thématiques et variables investiguées

Victimisation

Quatre variables distinguées dans l'enquête ont été regroupées sous la thématique de la victimisation : les violences instrumentales telles que le brigandage ou le racket, les violences sexuelles, les lésions corporelles et le harcèlement.

- Pour les trois premières variables, une définition était donnée puis les jeunes devaient indiquer si elles et ils avaient déjà vécu ce type d'expériences (oui/non). Dans l'affirmative, une série d'autres questions étaient posées afin de déterminer le nombre de fois où étaient survenus ces événements dans le canton de référence. La période de référence retenue pour les analyses présentées dans ce rapport concerne les 30 derniers mois. Ces actes de violences étaient définis comme suit :
  - *Les lésions corporelles :* « Quelqu'un vous blesse volontairement avec une arme, un objet (coup de poing américain, une chaîne) ou vous frappe si violemment que vous êtes blessé·e (par exemple, une blessure ouverte ou un œil au beurre noir) ».
  - *Les brigandages et racket :* « Quelqu'un vous prend quelque chose soit avec violence, soit sous menace immédiate (par exemple, votre sac, votre vélo ou de l'argent) » & « Quelqu'un exige que vous lui donniez de l'argent ou des choses (par exemple, veste,

[1] Formations professionnelles : formations menant à l'obtention d'une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) ou d'un certificat fédéral de capacité (CFC) ; formations gymnasiales : école de culture générale (ECG), école de commerce (EC) et école de maturité (EM).

montre, chaussures) en vous intimidant et en vous menaçant sérieusement si vous ne payez pas ou si vous ne donnez pas les choses dans un certain délai ».
- *Les violences sexuelles :* « Quelqu'un vous menace ou vous fait subir un geste à caractère sexuel alors que vous n'étiez pas d'accord (par exemple, on touche vos parties sexuelles contre votre volonté) ».

- Le harcèlement a été mesuré d'après une échelle composée de six items permettant de considérer les diverses formes que peut prendre ce comportement à savoir : « frapper », « menacer », « ridiculiser », « casser des affaires », « harceler sexuellement » et « ignorer, exclure ». Les catégories de réponses possibles étant : (0) jamais, (1) une ou deux fois, (2) parfois (plus de deux fois), (3) une fois par semaine et (4) plusieurs fois par semaine. Un·e jeune est considéré·e comme victime de harcèlement lorsqu'il·elle a subi au moins un des six actes au moins une fois par semaine durant les 12 derniers mois.

- Le cyber-harcèlement a été mesuré d'après sept items, tels que « Quelqu'un vous a envoyé des messages insultants ou menaçants (par exemple, SMS, WhatsApp, Facebook, Twitter, Ask) », « Quelqu'un vous a harcelé·e sexuellement sur les réseaux sociaux (par ex. sur Facebook, WhatsApp etc.) ». Les catégories de réponses possibles étaient : (0) jamais, (1) une ou deux fois, (2) environ une fois par mois, (3) environ une fois par semaine, et (4) plusieurs fois par semaine. Pour mesurer le cyber-harcèlement, le seuil considéré est le fait d'avoir subi un des sept actes au moins une fois par semaine durant la dernière année.

Consommation de substances psychoactives

Une série de questions s'intéressait à la consommation des substances psychoactives suivantes : tabac, alcool (bière/vin, alcool fort), cannabis, cocaïne, ecstasy, speed/amphétamine, LSD/champignons hallucinogènes et héroïne. La première question se réfère à la consommation au cours de la vie (« Avez-vous déjà consommé une des substances suivantes ? »). En cas de réponse affirmative, la question suivante permettait de connaître la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois (réponses catégorielles en six points allant de jamais à tous les jours).

Santé

La santé des jeunes a été évaluée à l'aide de trois mesures :

- La santé générale, représentative de l'état de santé global d'une personne puisqu'elle englobe aussi bien les aspects physiques, psychiques que sociaux. La question était formulée comme suit : « Comment décririez-vous votre état de santé ? ». Les catégories de réponses possibles étaient : (0) excellent, (1) bon, (2) moyen et (3) mauvais. La variable a été dichotomisée en « excellent-bon » vs « moyen-mauvais ».

- Les symptômes psychosomatiques multiples étaient mesurés à l'aide d'une échelle composée de 11 items : sept symptômes psychoaffectifs (fatigue, mauvaise humeur, nervosité, difficultés d'endormissement, colère, tristesse et anxiété) et quatre symptômes somatiques (maux de tête, de ventre, de dos ou encore des vertiges). La période de référence est de six mois et les modalités de réponse étaient : (0) rarement ou jamais, (1) à peu près

une fois par mois, (2) à peu près une fois par semaine, (3) plusieurs fois par semaine et (4) à peu près chaque jour. Un score composite a été créé afin de différencier deux groupes de personnes : les jeunes avec peu ou pas de symptômes psychosomatiques et les jeunes ayant eu au moins deux des symptômes mentionnés ci-dessus plusieurs fois par semaine ou plus souvent. Cette échelle ne représente pas une mesure clinique des plaintes psychosomatiques.

- La dépressivité au moment de la passation du questionnaire a été mesurée à l'aide d'une échelle composée de sept items (ex : « Je me sens souvent déprimé·e, sans savoir pourquoi », « Je trouve ma vie assez triste »). Les catégories de réponses étaient (0) pas du tout d'accord, (1) plutôt pas d'accord, (2) plutôt d'accord, (3) tout à fait d'accord. Un score a été créé à partir de la valeur moyenne des réponses aux sept questions.

3.2.2 Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle a été mesurée en fonction de trois dimensions : l'attirance sexuelle, l'auto-identification, et le sexe des partenaires sexuel·les.

- L'indicateur utilisé pour caractériser l'attirance sexuelle s'appuie sur la question suivante : « Chaque personne est différente et se distingue quant à l'attraction sexuelle qu'elle éprouve envers les autres. Comment décririez-vous vos attirances sexuelles ? Cochez l'énoncé qui vous correspond le plus (Une seule réponse possible) ». Les réponses possibles étaient : (1) Je suis uniquement attiré par des garçons, (2) Je suis surtout attiré par des garçons mais aussi parfois par des filles, (3) Je suis autant attiré par des garçons que par des filles, (4) Je suis surtout attiré par des filles mais aussi parfois par des garçons et (5) Je suis uniquement attiré par des filles.
  - Sur la base des réponses apportées, deux groupes ont été constitués : les jeunes ayant une attirance sexuelle uniquement hétérosexuelle et les jeunes ayant une attirance sexuelle non exclusivement hétérosexuelle (regroupant les jeunes attiré·es uniquement par des personnes du même sexe, autant par des personnes du même sexe que par des personnes du sexe opposé, et surtout attiré·es par des personnes du sexe opposé mais également par des personnes du même sexe).
- Pour l'auto-identification, la question est formulée comme suit : « Vous vous considérez comme… (Une seule réponse possible) ». Les réponses possibles étaient : (1) Hétérosexuel, (2) Homosexuel, c'est-à-dire lesbienne ou gay, (3) Bisexuel, (4) autre, merci de préciser, (5) Je suis en questionnement (je ne sais pas trop comment me définir), (6) Je ne suis pas sûr de bien comprendre ces catégories.
  - Sur la base des réponses apportées, deux groupes ont été constitués : les jeunes strictement hétérosexuel·les (réponse 1) et les jeunes non exclusivement hétérosexuel·les (réponses 2, 3, 4 et 5).
- La question permettant de mesurer le sexe des partenaires sexuel·les a été formulée ainsi : « Les gens peuvent avoir des comportements sexuels différents. Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux avec qui vous avez eu des comportements sexuels au cours de votre

vie, c'est-à-dire embrasser, caresser, toucher, masturber, et autres dans l'intention de donner et/ou de recevoir du plaisir sexuel ? (une seule réponse possible) ». Les réponses possibles étaient : (1) Uniquement avec des hommes, (2) Essentiellement avec des hommes, mais aussi avec au moins une femme, (3) Avec à peu près autant d'hommes que de femmes, (4) Essentiellement avec des femmes, mais aussi avec au moins un homme, (5) Uniquement avec des femmes, (6) je n'ai jamais eu de comportements sexuels avec qui que ce soit.

- Sur la base des réponses apportées, deux groupes ont été constitués : les jeunes ayant eu des comportements sexuels uniquement avec des personnes de l'autre sexe et les jeunes ayant eu des comportements sexuels non exclusivement hétérosexuels (regroupant les jeunes ayant eu des comportements sexuels uniquement avec des personnes du même sexe, autant avec des personnes du même sexe qu'avec des personnes du sexe opposé, et essentiellement avec des personnes du sexe opposé mais également aussi avec au moins une personne du même sexe).

Finalement, un indicateur composite constitué des catégories exclusivement hétérosexuel·le et non exclusivement hétérosexuel·le a été créé. Cet indicateur englobe dans la catégorie non exclusivement hétérosexuel·le toute personne classée comme telle selon l'une ou l'autre des trois dimensions définies ci-dessus. Cette recherche ciblant plusieurs risques (victimisation, consommation de substances, mauvaise santé générale), il nous a paru pertinent d'utiliser un indicateur permettant d'identifier le plus grand nombre de personnes potentiellement exposées à l'un ou l'autre de ces risques en raison de leur orientation sexuelle. En procédant de la sorte, certaines associations qui seraient spécifiques à l'une ou l'autre des dimensions de l'orientation sexuelle pourraient ne pas être identifiées. Pour réduire ce risque, nous avons procédé à des analyses plus détaillées, en fonction de chacune des dimensions de l'orientation sexuelle. Les résultats de ces analyses complémentaires sont présentés dans l'annexe 8.2.

Par souci de simplification, nous utiliserons l'abréviation « non-HET » pour nous référer aux personnes catégorisées comme non exclusivement hétérosexuelles selon l'un ou l'autre des indicateurs utilisés.

3.2.3 Identité de genre

Afin de pouvoir identifier des personnes dont le genre ressenti ne coïncide pas avec le sexe attribué à la naissance, deux variables ont été utilisées :

- Le sexe attribué à la naissance fait référence au sexe qui est enregistré auprès de l'état civil après la naissance de tout·e enfant. La réponse à cette question comportait une option de réponse supplémentaire aux catégories « masculin » et « féminin », afin de pouvoir identifier les personnes présentant une variation du développement sexuel (personnes dites « intersexes »).

- L'identité de genre fait référence au ressenti intime d'appartenir au genre masculin, au genre féminin, à aucun des deux genres, ou de ressentir une situation qui ne s'inscrit pas dans cette logique binaire. La question a été formulée comme suit : « Comment vous identifiez-vous

actuellement ? (une seule réponse possible) ». Les réponses possibles étaient : (1) Comme un homme, (2) Comme une femme, (3) Comme une personne transgenre, (4) Autre, préciser.

Les personnes s'auto-identifiant comme trans* à la question de l'identité de genre ainsi que celles ayant donné des réponses opposées à ces deux questions ont été catégorisées comme trans*.

3.3 Analyses statistiques

Toutes les analyses présentées ont été réalisées avec le logiciel RStudio© (version 1.3.959).

3.3.1 Analyses bivariées

Des statistiques descriptives présentent les fréquences et les proportions des variables d'intérêt dans les deux groupes étudiés, c'est-à-dire les jeunes non-HET et les jeunes exclusivement hétérosexuel·les. La variable « orientation sexuelle » étant nominale ainsi que les autres variables étudiées, nous utilisons comme instrument statistique le test du Chi2 avec correction du deuxième ordre de Rao et Scott et, conformément à l'usage, le seuil de significativité est fixé à 0.05.

Les analyses bivariées sont présentées graphiquement et la significativité du test est indiquée à l'aide d'une étoile lorsque $p< 0.05$ (test de Chi2 pour la comparaison de taux de prévalence), deux étoiles lorsque la valeur de p est < 0.01 mais ≥ 0.001 et trois étoiles lorsque la valeur de p est inférieure à 0.001.

3.3.2 Analyses multi-variables

Afin d'expliquer une variable nominale à deux modalités tout en ayant la possibilité de tenir compte de plusieurs autres variables, nous utilisons des régressions logistiques multi-variables. Pour interpréter les résultats des régressions, nous avons recours à la notion anglo-saxonne d'*odds ratios* (OR), traduite en français par le terme « rapport de cotes ». Un *odds ratio* donne une indication sur la fréquence de survenue d'un événement dans un groupe par rapport à un groupe de référence. Un exemple de lecture est donné ci-dessous. Les résultats des régressions logistiques sont présentés dans un tableau dans lequel apparaissent les OR ajustés pour les différentes variables inclues dans le modèle ainsi qu'un intervalle de confiance (IC) à 95%. Il s'agit d'un intervalle de valeurs ayant 95% de chance de contenir la vraie valeur du paramètre estimé. Lorsque cet intervalle englobe la valeur 1, cela signifie que l'association entre les variables n'est statistiquement pas significative. L'écart entre les deux valeurs de l'intervalle donne quant à lui une information sur la confiance qui peut être attribuée au paramètre estimé. Plus cet écart est faible, plus l'estimation du paramètre est fiable. Pour simplifier la lecture des tableaux, seuls les OR statistiquement significatifs sont montrés, sauf pour l'orientation sexuelle, pour laquelle tous les OR sont indiqués.

***Odds ratio* – exemple de lecture**

A titre d'illustration, le Tableau 2 montre l'influence de l'orientation sexuelle sur la dépressivité tout en considérant le sexe, le type de formation suivie, le statut économique (ISEI[u]) de la famille et le statut religieux. Les facteurs autres que le sexe n'ayant pas d'influence statistiquement significative sur la dépressivité, ils n'apparaissent pas dans le tableau. L'interprétation est la suivante : le rapport entre le nombre de personnes souffrant de symptômes dépressifs et le nombre de personnes ne souffrant pas de tels symptômes est 2.3 fois plus grand parmi les jeunes non-HET que parmi les jeunes exclusivement hétérosexuel·les. En employant le terme consacré, on dira que l'*odds ratio* de la survenue de symptômes dépressifs chez les jeunes non-HET en comparaison des jeunes exclusivement hétérosexuel·les est de 2.3. Cette valeur tient compte d'éventuelles différences dues aux autres facteurs inclus dans le modèle (énumérés sous le tableau). L'intervalle de confiance n'incluant pas la valeur 1, cette association entre orientation sexuelle et dépressivité est statistiquement significative. De plus, l'écart entre les bornes de l'intervalle de confiance (1.6 – 3.2) étant faible, le degré de confiance accordé à la valeur estimée (2.3) est bon. Le sexe a aussi une influence statistiquement significative sur la dépressivité. Comparativement aux filles, les garçons sont moins susceptibles de souffrir de dépressivité que les filles (OR de 0.4). Là encore, l'association est statistiquement significative puisque l'intervalle de confiance n'englobe pas la valeur 1. L'OR de 0.4 est ajusté pour l'orientation sexuelle et les autres facteurs. Cette valeur ne donne par ailleurs aucune indication quant à l'effet spécifique de l'orientation sexuelle sur la dépressivité en fonction du sexe. Autrement dit, bien qu'en comparaison des filles, les garçons soient moins à risque, l'effet de l'orientation sexuelle sur la dépressivité pourrait très bien être plus marqué chez les garçons. De manière générale, ces derniers restent cependant moins touchés que les filles par la dépressivité.

Tableau 2 Effet de l'orientation sexuelle sur la dépressivité (*odds ratios*)

	Dépressivité	
	OR ajusté	IC 95%
Orientation sexuelle (indicateur composite)		
Exclusivement hétéro	1.0	
Non exclusivement hétéro	2.3	[1.6 – 3.2]
Sexe		
Filles	1.0	
Garçons	0.4	[0.3 – 0.5]

Le modèle de régression tient compte du sexe, du type de formation suivie, du statut économique (ISEI) de la famille ainsi que du statut religieux. Seuls les *odds ratios* (OR) statistiquement significatifs sont montrés.

Choix des variables à inclure dans les modèles

Inclure plusieurs facteurs dans le modèle de régression permet de minimiser les risques d'attribuer à tort un effet à une variable (typiquement l'orientation sexuelle) alors qu'il est en réalité dû à un

[u] *International Socioeconomic Index of Occupational Status*

autre facteur (par exemple le sexe). Cependant, inclure trop de facteurs risque d'affaiblir le modèle. Différents modèles ont donc été comparés, en cherchant à diminuer le nombre de facteurs inclus tout en maximisant la qualité du modèle. Pour chaque variable étudiée, une première régression a été calculée en incluant dans le modèle l'orientation sexuelle et les facteurs sociodémographiques suivants : le sexe (homme/femme), le type de formation suivie (gymnase/formation professionnelle), le lieu de vie (avec ou sans un parent ou un représentant légal), le statut économique de la famille (ISEI), le statut migratoire (non-migrant·e/étrangère ou étranger de première génération/étrangère ou étranger de deuxième génération) et le statut religieux (religieuse ou religieux/non religieuse ou non religieux). Ces variables ont ensuite été retirées tour à tour et la qualité du nouveau modèle a été évaluée (grâce à l'AIC[v]), permettant ainsi de déterminer les variables à garder dans le modèle final. Par souci de simplification de la lecture du rapport et des tableaux, les mêmes facteurs ont été sélectionnés pour les variables classées au sein d'un même thème (victimisation, consommation de substances psychoactives, santé). Les facteurs ont donc été retenus, par thématique, en fonction de deux critères : 1) le facteur était associé de manière statistiquement significative à la variable d'intérêt pour au moins une des variables de la thématique ou 2) le facteur améliorait le modèle pour au moins deux tiers des variables du thème. Ainsi, les modèles présentés dans ce rapport tiennent compte des facteurs suivants :

- Pour les variables liées à la victimisation : le sexe, le type de formation suivie, le statut migratoire et le lieu de vie.
- Pour les variables liées à la consommation de substances psychoactives : le sexe, le type de formation suivie, le statut migratoire et le statut économique de la famille.
- Pour les variables liées à la santé : le sexe, le type de formation suivie, le statut économique de la famille et le statut religieux.

Ces différents facteurs sont toujours mentionnés sous les différents tableaux.

[v] AIC : Critère d'information d'Akaike. Ce paramètre donne une information sur la qualité d'ajustement d'un modèle, tout en tenant compte de sa complexité (les modèles plus complexes sont pénalisés).

4 Résultats

4.1 Identité de genre

Le Tableau 3 présente l'identité de genre, c'est-à-dire la manière dont les jeunes s'identifient, en fonction du sexe qui leur a été attribué à la naissance. Parmi les jeunes dont le sexe attribué à la naissance est féminin, 98.6% se considèrent comme des femmes et parmi les jeunes dont le sexe attribué à la naissance est masculin, 98.9% se considèrent comme des hommes. L'échantillon comprend 20 personnes (1.3%) avec une identité de genre minoritaire (trans* ou en questionnement).

Tableau 3 Identité de genre selon le sexe assigné à la naissance (n et %)

	Filles N = 783	Garçons N = 776	Variation du développement sexuel (intersexe) N=2	Total N = 1'559
Identité de genre				
Cisgenre	761 (98.6%)	757 (98.9%)	1 (51.5%)	1'518 (98.7%)
Trans*	8 (1%)	8 (1.1%)	1 (48.5%)	17 (1.1%)
En questionnement	3 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.2%)

Trans* : personne transgenre, non binaire, gender-fluid, neutre. La personne intersexe catégorisée comme cisgenre a déclaré ressentir une identité de genre masculine

4.2 Orientation sexuelle

Le Tableau 4 présente la distribution des réponses pour les trois dimensions de l'orientation sexuelle. Les jeunes ayant une attirance sexuelle non exclusivement hétérosexuelle représentent 11.2% de notre échantillon (16.7% de filles et 5.8% de garçons). Ces taux sont comparables lorsque l'on s'intéresse à l'auto-identification, avec 88.5% de jeunes qui se considèrent comme hétérosexuel·les (84.5% des filles et 92.4% des garçons). La proportion de jeunes qui se considèrent comme bisexuel·les est de 3,2% alors que la proportion de jeunes se disant attiré·es par les deux sexes est de 9.4%. Finalement, 1.6% des jeunes se définissent comme homosexuel·les alors que 1.9% se disent attiré·es uniquement par des personnes du même sexe. La question relative au sexe des partenaires sexuel·les nous montre que 72.5% des jeunes ont eu des comportements sexuels avec des personnes de l'autre sexe uniquement. Cette proportion inférieure aux deux autres dimensions est en fait due à une part non négligeable de jeunes n'ayant jamais eu de comportements sexuels (17%). En ne considérant que les jeunes ayant déjà eu des comportements sexuels, la part des comportements uniquement hétérosexuels atteint 87.3%.

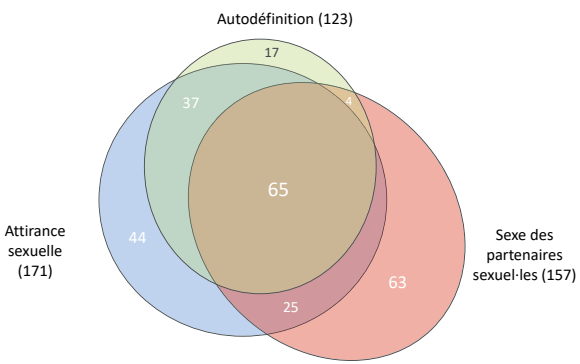
Pour les trois dimensions, la part de jeunes dans la catégorie « hétérosexuel·le » est plus importante chez les garçons que chez les filles. Ceci est principalement dû à un groupe non négligeable de filles rapportant une attirance ou des comportements sexuels principalement pour/avec des garçons mais aussi pour/avec des filles (11.5% des filles selon l'attirance, 11.6% selon les comportements). Cette observation est aussi valable pour l'autodéfinition mais dans une moindre mesure (5.6% des filles déclarent être bisexuelles).

Tableau 4 Orientation sexuelle selon le sexe (n et %)

	Filles N = 776	Garçons N = 783	Total N = 1'559
Attirance sexuelle			
Attiré·e par des personnes de l'autre sexe	643 (83.3%)	731 (94.2%)	1'375 (88.8%)
Attiré·e par des personnes du même sexe	11 (1.5%)	17 (2.2%)	29 (1.9%)
Attiré·e majoritairement par les personnes de l'autre sexe mais aussi par les personnes du même sexe	89 (11.5%)	16 (2.1%)	105 (6.8%)
Attiré·e autant par les personnes de l'autre sexe que par les personnes du même sexe	21 (2.7%)	5 (0.6%)	25 (1.6%)
Attiré·e majoritairement par les personnes du même sexe mais aussi par les personnes de l'autre sexe	8 (1.0%)	7 (0.9%)	15 (1.0%)
Sexe des partenaires sexuel·les			
Uniquement avec des personnes de l'autre sexe	509 (67.0%)	592 (78.0%)	1'102 (72.5%)
Uniquement avec des personnes du même sexe	12 (1.5%)	16 (2.1%)	27 (1.8%)
Majoritairement avec des personnes de l'autre sexe mais aussi avec des personnes du même sexe	88 (11.6%)	11 (1.5%)	99 (6.5%)
Autant avec des personnes de l'autre sexe qu'avec des personnes du même sexe	12 (1.5%)	4 (0.6%)	16 (1.1%)
Majoritairement avec des personnes du même sexe mais aussi avec des personnes de l'autre sexe	5 (0.6%)	12 (1.6%)	17 (1.1%)
Jamais eu de comportements sexuels avec qui que ce soit	135 (17.8%)	124 (16.3%)	259 (17.0%)
Auto-définition			
Hétérosexuel·le	642 (84.5%)	702 (92.4%)	1'343 (88.5%)
Homosexuel·le	11 (1.5%)	13 (1.8%)	25 (1.6%)
Bisexuel·le	43 (5.6%)	6 (0.8%)	49 (3.2%)
Autre	1 (0.1%)	2 (0.3%)	3 (0.2%)
En questionnement (ne sait pas trop comment se définir)	29 (3.8%)	12 (1.5%)	40 (2.7%)
Pas sûr·e de comprendre ces catégories	29 (3.8%)	23 (3.0%)	51 (3.4%)
Pansexuel·le	4 (0.6%)	2 (0.2%)	6 (0.4%)
Asexuel·le	1 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)

La Figure 1 présente le nombre de personnes non exclusivement hétérosexuelles (non-HET) selon chacune des trois dimensions de l'orientation sexuelle et illustre les recoupements existant entre les trois dimensions. Le premier constat que l'on peut faire est que ces catégories ne se recoupent pas entièrement. On y observe notamment que de nombreux·ses jeunes rapportent avoir déjà eu des comportements sexuels avec des personnes du même sexe sans pour autant ressentir d'attirance sexuelle pour les personnes du même sexe, ni s'auto-définir comme homosexuel·le, bisexuel·le ou en questionnement (63 personnes, soit près de 25% du sous-groupe non-HET). Cette tendance s'observe aussi pour l'attirance sexuelle (44 personnes, 17%). En ce sens, l'autodéfinition est la dimension la plus consistante avec seulement 17 personnes s'auto-définissant comme non-HET sans pour autant rapporter d'attirance pour - ou de comportements avec - des personnes du même sexe. L'attirance sexuelle est la dimension la plus sensible, puisqu'elle identifie le plus grand nombre de personnes non-HET. A l'inverse, l'autodéfinition est la catégorie la plus restrictive. Ces observations sont en accord avec la littérature scientifique présentée au chapitre précédent et mettent en évidence l'importance du choix des indicateurs relatifs à l'orientation sexuelle dans les enquêtes.

Figure 1 **Nombre de personnes catégorisées comme non exclusivement hétérosexuelles selon l'une ou l'autre des trois dimensions de l'orientation sexuelle**



Les chiffres présentés sur cette figure sont issus des données non-pondérées. La généralisation à l'ensemble de la population cible est donc limitée.

Le Tableau 5 présente la répartition des jeunes selon l'indicateur composite, retenu pour les analyses présentées dans la partie principale du rapport. En incluant toutes les personnes non-HET selon l'une ou l'autre des dimensions, l'échantillon comporte 256 jeunes non-HET (190 filles et 65 garçons).

Tableau 5 Orientation sexuelle selon le sexe d'après l'indicateur composite dichotomisé (n et %)

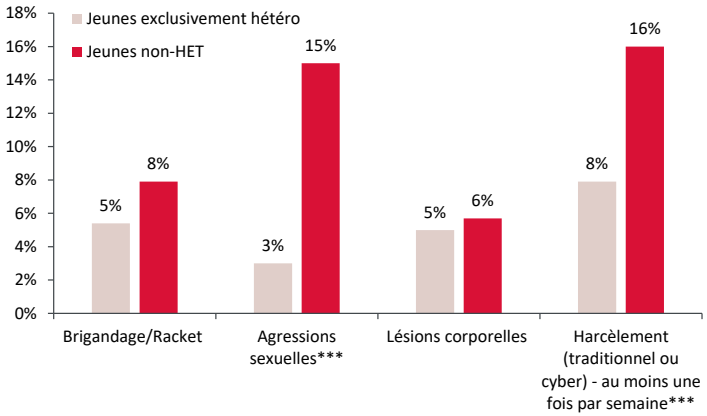
	Filles N = 776	Garçons N = 783	Total N = 1'559
Orientation sexuelle			
Hétérosexuel·le	584 (75.4%)	713 (91.6%)	1'296 (83.5%)
Non-HET	190 (24.6%)	65 (8.4%)	256 (16.5%)

4.3 Victimisation

4.3.1 Selon l'orientation sexuelle

La Figure 2 présente les proportions de jeunes ayant été victimes de violences (brigandage/racket, violences sexuelles et lésions corporelles) au moins une fois au cours des 30 derniers mois, ainsi que de harcèlement au moins une fois par semaine au cours de la dernière année, selon leur orientation sexuelle. Les différences entre les deux groupes sont statistiquement significatives pour les agressions sexuelles et le harcèlement hebdomadaire, en défaveur des jeunes non-HET. Aucune différence statistiquement significative n'est observée pour le brigandage/racket ou les lésions corporelles. Ces observations sont plus nuancées que ce qui avait été relevé pour les écolières et les écoliers en dernière année de scolarité obligatoire dans les cantons de Vaud et Zürich, pour lesquel·les des différences statistiquement significatives étaient observées pour chacune de ces variables (en fonction de l'attirance sexuelle)[1].

Figure 2 **Expériences de victimisation au cours des 30 derniers mois et de harcèlement hebdomadaire au cours de la dernière année, selon l'orientation sexuelle (%)**



Seuil de significativité : * p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p< 0.001

Le Tableau 6 présente les résultats du modèle logistique multi-variables. Ceux-ci indiquent que les jeunes non-HET sont plus à risque face aux expériences de brigandage ou de racket (au moins une fois lors des 30 derniers mois), ce qui n'était pas révélé par l'analyse bivariée (Figure 2). Le fait d'être victime de harcèlement reste associé de manière statistiquement significative à l'orientation sexuelle avec un rapport victimes/non-victimes 2.2 fois plus élevé chez les jeunes non-HET que chez les jeunes hétérosexuel·les. Les agressions sexuelles sont les violences les plus spécifiquement associées aux minorités sexuelles avec un OR de 4.0 pour les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Les analyses multi-variables révèlent aussi que le sexe est associé de manière statistiquement significative à la plupart des expériences de violences. Les garçons sont ainsi plus souvent victimes de brigandage/racket et de lésions corporelles que les filles mais rapportent au contraire considérablement moins d'expériences d'agression sexuelle.

Par ailleurs, la survenue d'au moins une agression sexuelle au cours des 30 derniers mois et le harcèlement hebdomadaire durant la dernière année sont des évènements plus probables parmi les jeunes en formation professionnelle que parmi les jeunes gymnasien·nes.

Finalement le statut migratoire est associé à un risque moindre de rapporter au moins une agression sexuelle durant les 30 derniers mois pour les étranger·ères de 2ème génération, et au moins une fois des lésions corporelles durant les 30 derniers mois pour les étranger·ères de 1ère génération.

Tableau 6 Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation (*odds ratios*)

	Brigandage/racket Prévalence 30 mois		Agressions sexuelles Prévalence 30 mois		Lésions corporelles Prévalence 30 mois		Harcèlement Au moins une fois par semaine	
	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%
Orientation sexuelle (indicateur composite)								
Exclusivement hétéro	1.0		1.0		1.0		1.0	
Non-HET	1.9	[1.1 – 3.5]	4.0	[2.3 – 7.0]	1.4	[0.75 – 2.8]	2.2	[1.4 – 3.7]
Sexe								
Filles	1.0		1.0		1.0			
Garçons	2.3	[1.4 – 3.7]	0.1	[0.0 – 0.2]	2.4	[1.4 – 4.0]		
Type de formation								
Gymnase			1.0				1.0	
Apprentissage, école professionnelle			2.0	[1.2 – 3.5]			1.6	[1.1 – 2.3]
Statut migratoire								
Non migrant·e			1.0		1.0			
Etrangère ou étranger de 2ème génération			0.4	[0.2 – 0.79]				
Etrangère ou étranger de 1ère génération					0.3	[0.1 – 0.92]		

En plus des facteurs montrés, le modèle de régression tient également compte du lieu de vie (avec ou sans les parents ou le, la représentant·e légal·e). Ce facteur n'est pas montré car il n'est statistiquement significatif pour aucune des quatre variables étudiées.

Le Tableau 7 présente les résultats des analyses stratifiées en fonction du sexe. Ces analyses mettent notamment en évidence la surreprésentation des jeunes femmes non-HET parmi les jeunes femmes victimes d'**agressions sexuelles** (OR de 3.8 par rapport aux jeunes femmes hétérosexuelles). La moitié des femmes qui sont victimes d'agressions sexuelles sont des jeunes non-HET, alors que ces dernières représentent 25% de l'ensemble des femmes. Les jeunes femmes non-HET constituent donc un groupe particulièrement à risque face aux violences sexuelles, avec une prévalence au cours des 30 derniers mois atteignant 19% dans ce sous-groupe. Parmi les jeunes filles non-HET rapportant des violences sexuelles, les filles homosexuelles ne sont par contre quasiment pas concernées (une seule fille). Une hypothèse pourrait être que les violences sexuelles sont principalement le fait des garçons et que les filles strictement homosexuelles seraient ainsi moins exposées à ce risque. Pour les jeunes hommes, le nombre d'observations est faible, limitant ainsi la puissance statistique, et l'OR n'est pas statistiquement significatif (voir le large intervalle de confiance). Ce constat vaut également pour le **brigandage/racket** et les **lésions corporelles**.

Concernant le **harcèlement**, on s'aperçoit que l'effet de l'orientation sexuelle est particulièrement marqué chez les garçons. Le rapport victimes/non-victimes est 4.5 fois plus élevé parmi les jeunes hommes non-HET que parmi les jeunes hommes hétérosexuels. Cette différence n'est pas

statistiquement significative entre les femmes non-HET et les femmes hétérosexuelles. Cela ne signifie pas que ces dernières ne sont pas victimes de harcèlement, mais que chez les filles, la surreprésentation des jeunes non-HET parmi les victimes de harcèlement est moins marquée que chez les garçons.

Tableau 7 Effet de l'orientation sexuelle sur les expériences de victimisation selon le sexe (n, % et *odds ratios*)

Variable	Jeunes non-HET dans l'échantillon (%)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N et part des victimes (%)	OR ajusté	N et part des victimes (%)	OR ajusté
Brigandage/Racket - prévalence 30 mois	Femmes : 25% Hommes : 8.4%	14 (44%)	3.0 [1.3 – 7.2]	5 (9.1%)	1.0 [0.3 – 3.1]
Agressions sexuelles - prévalence 30 mois		34 (49%)	3.8 [2.2 – 6.8]	2 (33%)	5.9 [0.6 – 60]
Lésions corporelles - prévalence 30 mois		9 (35%)	1.9 [0.8 – 4.9]	4 (7.7%)	1.0 [0.3 – 2.9]
Harcèlement (traditionnel ou cyber) - au moins une fois par semaine		26 (32%)	1.6 [0.9 – 2.8]	15 (24%)	4.5 [2.1 – 9.6]

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du type de formation, du statut migratoire et du lieu de vie (avec les parents/représentant·e légal·e ou non). Les pourcentages indiqués pour les colonnes femmes et hommes représentent pour chaque variable la part des jeunes femmes ou hommes non-HET parmi l'ensemble des victimes.

Le Tableau 8 donne le détail pour les deux formes de harcèlement adressées dans l'enquête. Ces résultats suggèrent que les effets de l'appartenance à une minorité sexuelle (jeunes non-HET) sont plus marqués pour le cyber-harcèlement (OR = 4.1, IC95% = 1.7 – 9.6) que pour le harcèlement traditionnel (OR = 2.0, IC95% = 1.2 – 3.3).

Tableau 8 Détail des effets de l'orientation sexuelle pour les deux formes de harcèlement (traditionnel et cyber) selon le sexe (n, % et *odds ratios*)

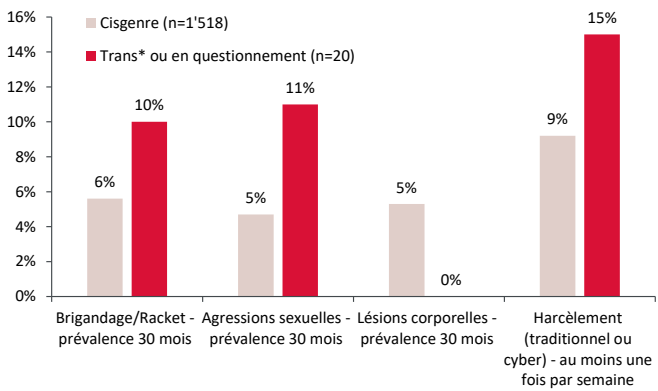
Variable	Jeunes non-HET dans l'échantillon (N et %)	Jeunes non-HET Nombre et part des victimes (%)	OR ajusté
Harcèlement traditionnel	N = 256 (16%)	N = 35 (29%)	2.0 [1.2 – 3.3]
Cyber-harcèlement		N = 15 (33%)	4.1 [1.7 – 9.6]

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du type de formation, du statut migratoire et du lieu de vie (avec les parents/représentant·e légal·e ou non).

4.3.2 Selon l'identité de genre

La Figure 3 présente les proportions de victimes de violences au moins une fois au cours des 30 derniers mois et de harcèlement hebdomadaire durant la dernière année en fonction de l'identité de genre. Sauf pour les lésions corporelles (aucune victime parmi les minorités de genre), ces proportions sont toujours plus élevées pour les jeunes trans* ou en questionnement par rapport à leur identité que chez les jeunes cisgenres. Les différences entre les deux groupes ne sont toutefois pas significatives du point de vue statistique (la taille restreinte du sous-groupe des jeunes trans* limite la puissance statistique). Ces résultats n'en sont pas moins préoccupants au vu de l'importance des écarts observés.

Figure 3 **Victimes de délits et de harcèlement au cours des 30 derniers mois selon l'identité de genre (%)**



Seuil de significativité : * p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p< 0.001

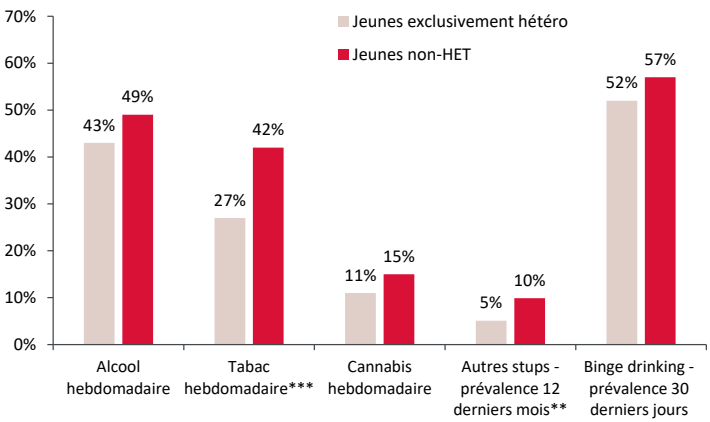
4.4 Consommation de substances psychoactives

4.4.1 Selon l'orientation sexuelle

La figure 4 présente les proportions de jeunes ayant consommé de l'alcool, du tabac et du cannabis de manière hebdomadaire au cours des 12 derniers mois, les proportions de jeunes ayant consommé d'autres stupéfiants durant la dernière année ainsi que celles des jeunes ayant consommé plus de cinq verres au cours d'une même occasion (*binge drinking*) durant le dernier mois, en fonction de l'orientation sexuelle. Les jeunes non-HET sont proportionnellement plus

nombreux·ses que les jeunes hétérosexuel·les à avoir consommé du tabac de manière hebdomadaire et à avoir essayé un ou plusieurs stupéfiants autres que le cannabis durant la dernière année (Figure 4). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la consommation d'alcool (que ce soit pour la consommation hebdomadaire durant la dernière année ou le *binge drinking* au cours du dernier mois), ni pour la consommation régulière de cannabis (consommation hebdomadaire durant la dernière année).

Figure 4 Consommation de substances psychoactives au cours des 12 derniers mois selon l'orientation sexuelle (%)



Seuil de significativité : * p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p< 0.001

Les résultats des analyses multi-variables, présentés dans le Tableau 9, montrent que la consommation hebdomadaire d'alcool (OR =1.5), de tabac (OR=2.1) et de cannabis (OR=1.8) durant les 12 derniers mois est plus fréquente chez les jeunes non-HET que chez les jeunes hétérosexuel·les. La consommation de stupéfiants autres que le cannabis (au moins une fois lors des 12 derniers mois) est encore plus fortement associée à l'orientation sexuelle avec un OR de 3.0 pour les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les.

Le sexe joue un rôle statistiquement significatif pour toutes les variables liées à la consommation de substances psychoactives, sauf la consommation hebdomadaire de tabac, avec un risque de consommation plus marqué chez les garçons que chez les filles. Le type de formation suivie est associé de manière statistiquement significative à la consommation hebdomadaire de tabac et de cannabis, ainsi qu'à la consommation d'autres stupéfiants au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Pour ces trois variables, les jeunes en formation professionnelle ont davantage

tendance à rapporter une consommation que les jeunes gymnasien·nes. Les jeunes migrant·es rapportent moins de consommation d'alcool (consommation hebdomadaire et *binge drinking*) que les non migrant·es. Le même constat vaut également pour les jeunes religieux·ses, qui sont aussi moins nombreux·ses que les jeunes non religieux·ses à rapporter une consommation d'autres stupéfiants durant les 12 derniers mois.

Tableau 9 Effet de l'orientation sexuelle et des variables d'ajustement sur la consommation de substances psychoactives (*odds ratios*)

	Alcool hebdomadaire durant les 12 derniers mois		Tabac hebdomadaire durant les 12 derniers mois		Cannabis hebdomadaire durant les 12 derniers mois		Autres stupéfiants (prévalence 12 mois)		Binge Drinking (prévalence 30 derniers jours)	
	OR_A	IC 95%	OR_A	IC 95%	OR_A	IC 95%	OR_A	IC 95%	OR_A	IC 95%
Orientation sexuelle (indicateur composite)										
Exclusivement hétéro	1.0		1.0		1.0		1.0		1.0	
Non-HET	1.5	[1.1 – 2.1]	2.1	[1.5 – 2.9]	1.8	[1.2 – 2.8]	3.0	[1.7 – 5.2]	1.3	[0.9 – 1.8]
Sexe										
Filles	1.0				1.0		1.0		1.0	
Garçons	1.7	[1.4 – 2.2]			2.1	[1.5 – 3.0]	2.9	[1.7 – 4.8]	1.4	[1.1 – 1.8]
Type de formation										
Gymnase			1.0		1.0		1.0			
Apprentissage/formation professionnelle			2.0	[1.6 – 2.7]	1.5	[1.0 – 2.1]	2.1	[1.3 – 3.5]		
Statut migratoire										
Non migrant·e	1.0								1.0	
Etrangère ou étranger de 2ème génération	0.4	[0.3 – 0.6]							0.5	[0.4 – 0.7]
Etrangère ou étranger de 1ère génération	0.4	[0.3 – 0.6]							0.6	[0.4 – 0.8]
Statut religieux										
Non religieuse ou non religieux	1.0						1.0		1.0	
Religieuse ou religieux	0.7	[0.6 – 0.9]					0.5	[0.3 – 0.8]	0.7	[0.5 – 0.9]
ISEI de la famille										
ISEI élevé									1.0	
ISEI moyen										
ISEI faible									0.6	[0.5 – 0.9]

Les effets de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives s'avèrent différents en fonction du sexe. Pour les cinq variables étudiées, l'association n'est jamais statistiquement significative chez les jeunes hommes alors qu'elle l'est toujours chez les jeunes

femmes (Tableau 10). La surreprésentation des femmes non-HET parmi les usagères de substances psychoactives est particulièrement prononcée pour la consommation de cannabis (OR = 3.3) et d'autres stupéfiants (OR = 5.5).

Tableau 10 Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances selon le sexe (n, % et *odds ratios*)

Variable	Jeunes non-HET dans l'échantillon (%)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N et part des usagers de substances (%)	OR ajusté	N et part des usagers de substances (%)	OR ajusté
Alcool hebdomadaire	Femmes : 25% Hommes : 8.4%	93 (33%)	1.9 [1.3 – 2.7]	29 (7.4%)	0.8 [0.4 – 1.6]
Tabac hebdomadaire		82 (36%)	2.4 [1.6 – 3.5]	22 (9.8%)	1.6 [0.9 – 3.0]
Cannabis hebdomadaire		30 (50%)	3.3 [1.8 – 5.9]	7 (6.0%)	0.7 [0.3 – 1.7]
Autres stups - prévalence 12 derniers mois		16 (64%)	5.5 [2.1 – 14]	8 (13%)	1.7 [0.6 – 4.3]
Binge drinking - prévalence 30 derniers jours		94 (29%)	1.4 [1.0 – 2.2]	31 (7.8%)	0.9 [0.5 – 1.8]

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du type de formation, du statut migratoire, du niveau économique de la famille (ISEI) et du statut religieux.

Ces différences d'effet s'expliquent principalement par une prévalence de la consommation plus basse chez les jeunes femmes hétérosexuelles que chez les jeunes hommes hétérosexuels, sauf pour la consommation de tabac pour laquelle les prévalences dans ces deux groupes sont équivalentes. Les prévalences dans le groupe de filles non-HET atteignent des niveaux similaires aux garçons non-HET mais les dépassent rarement[w].

4.4.2 Selon l'identité de genre

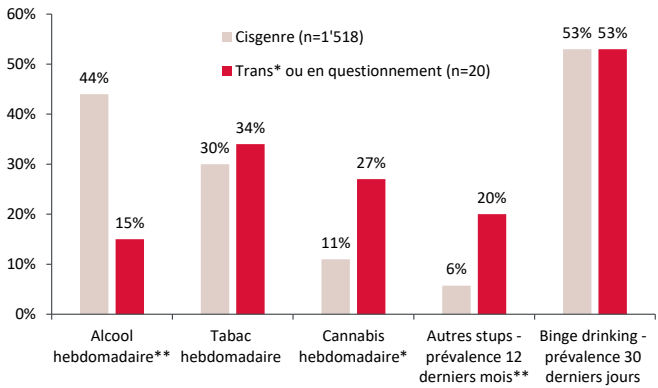
La Figure 5 présente, selon l'identité de genre, les proportions de jeunes ayant consommé de l'alcool, du tabac et du cannabis de manière hebdomadaire au cours des 12 derniers mois, les proportions de jeunes ayant consommé d'autres stupéfiants durant la dernière année, ainsi que celles des jeunes ayant consommé plus de cinq verres au cours d'une même occasion (*binge drinking*) durant le dernier mois.

Les jeunes trans* sont proportionnellement plus nombreux·ses que leurs pair·es cisgenres à avoir consommé du cannabis de manière hebdomadaire et d'autres stupéfiants au moins une fois durant les 12 derniers mois. Elles et ils sont par contre moins nombreux·ses à rapporter une consommation

[w] Prévalences de consommation parmi les groupes non-HET chez les femmes et les hommes : Alcool hebdomadaire : F = 49%, H = 49%; Tabac hebdomadaire : F = 44%, H = 34%; Cannabis hebdomadaire : F = 16%, H = 11%; Autres stupéfiants 12 mois : F = 8.6%, H = 13%; Binge drinking 30 jours : F = 56%, H = 58%.

hebdomadaire d'alcool. Pour le tabac et le *binge drinking*, aucune différence statistiquement significative n'est observée.

Figure 5 **Consommation de substances psychoactives au cours des 30 derniers mois selon l'identité de genre (%)**



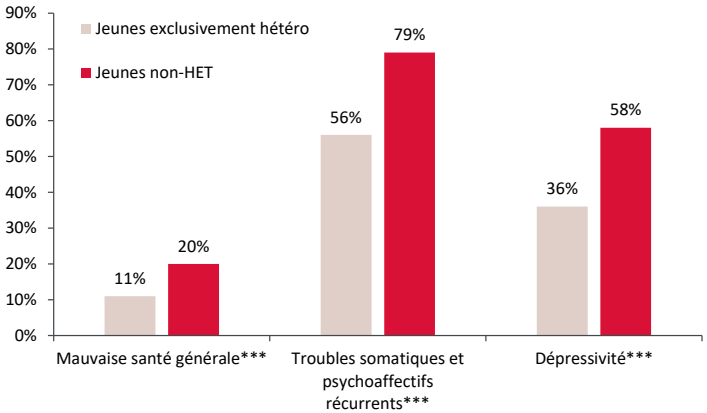
Seuil de significativité : * p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p< 0.001

4.5 Santé

4.5.1 Selon l'orientation sexuelle

La Figure 6 présente les trois mesures utilisées pour évaluer la santé des jeunes. Les jeunes non-HET sont proportionnellement plus nombreux·ses à rapporter être en mauvaise santé générale au moment de l'enquête (20% contre 11.1% chez les jeunes exclusivement hétérosexuel·les), à avoir plusieurs troubles somatiques et psychoaffectifs plusieurs fois par semaine au cours des six mois précédent l'enquête (79% vs 56%, respectivement) et à annoncer des symptômes dépressifs au moment de l'enquête (58% vs 36% respectivement).

Figure 6 **Mauvaise santé générale, troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et dépressivité selon l'orientation sexuelle (%)**



Seuil de significativité : * p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p< 0.001

Pour les trois variables de santé, les associations avec l'orientation sexuelle restent statistiquement significatives après ajustement pour le sexe, le type de formation, le niveau économique de la famille et le statut religieux (Tableau 11). Les OR pour les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les sont de 1.8 pour la mauvaise santé générale, 2.0 pour les symptômes psychosomatiques et 2.3 pour la dépressivité. Les garçons sont par ailleurs moins exposés à ces problèmes de santé que les filles (OR respectifs de 0.4, 0.5 et 0.4). Finalement, les jeunes en formation professionnelle rapportent être en moins bonne santé générale que les jeunes gymnasien·nes.

Tableau 11 Effet de l'orientation sexuelle sur la santé générale, les troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et la dépressivité (*odds ratios*)

	Mauvaise santé générale		Troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents		Dépressivité	
	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%
Orientation sexuelle (indicateur composite)						
Exclusivement hétéro	1.0		1.0		1.0	
Non-HET	1.8	[1.2 – 2.7]	2.0	[1.5 – 2.7]	2.3	[1.6 – 3.2]
Sexe						
Filles	1.0		1.0		1.0	
Garçons	0.4	[0.3 – 0.6]	0.5	[0.4 – 0.6]	0.4	[0.3 – 0.5]
Type de formation						
Gymnase	1.0					
Apprentissage, école professionnelle	1.4	[1.0 – 2.0]				

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du sexe, du type de formation, du niveau économique de la famille (ISEI) et du statut religieux.

Le Tableau 12 présente les résultats des analyses stratifiées selon le sexe. On peut y voir que les OR (traduisant les différences entre jeunes non-HET et jeunes hétérosexuel·les) sont plus élevés chez les hommes en ce qui concerne la mauvaise santé générale et la dépressivité.

Tableau 12 Effet de l'orientation sexuelle sur la santé selon le sexe (n, % et *odds ratios*)

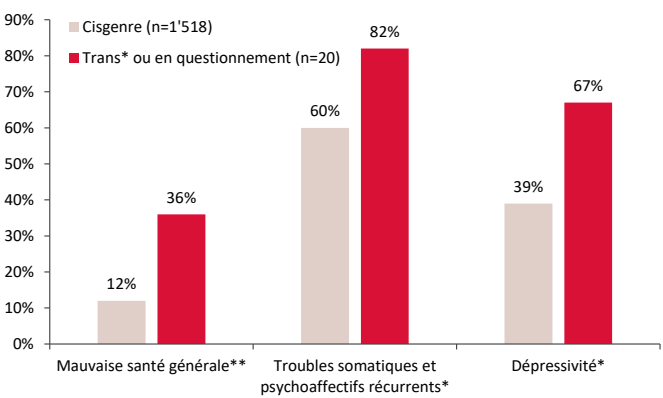
Variable	Jeunes non-HET dans l'échantillon (%)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N et part des femmes en mauvaise santé (%)	OR ajusté	N et part des hommes en mauvaise santé (%)	OR ajusté
Mauvaise santé générale	Femmes : 25% Hommes : 8.4%	40 (30%)	1.5 [0.9 – 2.3]	12 (20%)	3.7 [1.8 – 7.5]
Troubles somatiques et psychoactifs récurrents		154 (28%)	2.2 [1.4 – 3.4]	44 (12%)	2.3 [1.3 – 4.1]
Dépressivité		115 (30%)	1.9 [1.3 – 2.7]	32 (14%)	2.6 [1.5 – 4.5]

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du sexe, du type de formation, du niveau économique de la famille (ISEI) et du statut religieux.

4.5.2 Selon l'identité de genre

La Figure 7 présente les trois mesures utilisées pour évaluer la santé des jeunes en fonction de l'identité de genre. Les jeunes trans* et en questionnement quant à leur identité sont proportionnellement plus nombreux·ses à rapporter être en mauvaise santé générale au moment de l'enquête (36% contre 12% chez les jeunes cisgenres), à avoir plusieurs troubles somatiques et psychoaffectifs plusieurs fois par semaine au cours des six mois précédent l'enquête (82% vs 60%, respectivement) et à annoncer des symptômes dépressifs au moment de l'enquête (67% vs 39% respectivement). Les proportions de jeunes trans* ou en questionnement rapportant un mauvais état de santé sont similaires à celles des jeunes non-HET pour les troubles psychosomatiques (82% des jeunes trans* et 79% des jeunes non-HET) et légèrement supérieures pour la mauvaise santé générale (36% des jeunes trans* et 20% des jeunes non-HET) et la dépressivité (67% des jeunes trans* et 58% des jeunes non-HET). Rappelons toutefois que les résultats pour les jeunes trans* sont basés sur un petit collectif et que ces comparaisons doivent être interprétées avec réserve.

Figure 7 Mauvaise santé générale, troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et dépressivité selon l'identité de genre (%)



Seuil de significativité : * p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p< 0.001

5 Discussion

Les trois dimensions utilisées pour caractériser l'orientation sexuelle ont permis de mettre en évidence que les catégories créées par l'une ou l'autre de ces dimensions ne se recoupent que partiellement. Un nombre non négligeable de personnes ne sont ainsi identifiées comme non-HET que par l'une ou l'autre des trois dimensions de l'orientation sexuelle. De nombreux·ses jeunes (65) ont notamment rapporté avoir eu des comportements sexuels avec des personnes du même sexe sans pour autant être attiré·es par ces personnes, ni se définir comme des personnes non exclusivement hétérosexuelles. Le même constat est valable dans une moindre mesure pour l'attirance sexuelle (44 jeunes catégorisé·es comme non-HET au moyen de cette dimension mais pas via les deux autres dimensions). L'autodéfinition est en ce sens la dimension la plus consistante avec seulement 17 jeunes qui s'auto-définissent comme LGBQ mais ne rapportent ni attirance ni comportements sexuels pour/avec des personnes du même sexe. Ce constat, en accord avec la littérature internationale, souligne l'importance d'inclure des questions pour ces trois dimensions, faute de quoi un nombre non négligeable de personnes potentiellement concernées par des difficultés liées à une dimension ou l'autre de leur orientation sexuelle pourrait simplement être manqué[3, 7-10]. En regroupant toutes et tous les répondant·es catégorisé·es comme non-HET selon l'une ou l'autre dimension, ce sont 256 jeunes, soit 16.5% de l'échantillon (190 filles et 65 garçons) qui ont été identifié·es comme non exclusivement hétérosexuel·les.

En ce qui concerne les risques de victimisation liés à la dimension du genre, la littérature consultée met en lumière le rôle central joué par la non-conformité de genre[46, 47, 51]. Une expression de genre non conforme aux attentes sociales pour le sexe assigné à la naissance est par définition perceptible par les autres et c'est précisément cette notion de perceptibilité qui en fait un facteur clé lorsqu'il est question de discrimination. Cet enjeu n'a pas été investigué dans notre étude, mais il vaudra la peine de le traiter dans de futurs travaux. Evaluer ce phénomène permettrait de mieux comprendre les dynamiques à l'origine des difficultés vécues par certain·es jeunes et d'orienter potentiellement vers une prévention plus globale, puisque la non-conformité aux attentes sociales ne s'arrête pas aux seules minorités sexuelles et de genre.

Dans l'ensemble, les résultats de nos analyses sont cohérents : à une exception près (la consommation hebdomadaire d'alcool en fonction de l'identité de genre), toutes les associations étudiées sont en défaveur des minorités sexuelles et de genre ou sont statistiquement non significatives. Tant pour l'orientation sexuelle que pour l'identité de genre, les trois variables liées à un moins bon état de santé font partie des associations statistiquement significatives.

Les régressions logistiques multi-variables réalisées pour l'orientation sexuelle confirment ces résultats. L'ajout d'autres facteurs aux modèles renforce même certaines associations puisque selon ces analyses, dix variables sur les douze étudiées sont associées de manière statistiquement significative à une moins bonne situation pour les jeunes non-HET (soit trois de plus qu'avec les analyses bivariées). Ces analyses mettent aussi en évidence l'influence d'autres facteurs que l'orientation sexuelle. Le sexe est notamment associé de manière statistiquement significative à la plupart des variables étudiées, avec un risque généralement plus marqué pour les garçons face à la consommation de substances psychoactives et à la victimisation, sauf pour les agressions sexuelles,

rapportées significativement plus fréquemment par les filles. Pour les questions de santé, ce sont au contraire les filles qui sont davantage exposées. Le type de formation suivie joue aussi un rôle pour plusieurs variables (voir à ce sujet une précédente analyse des données[12]).

Les analyses stratifiées selon le sexe sont souvent difficiles à interpréter pour les garçons en raison de la petite taille des effectifs (certains incidents de victimisation ne survenant que chez un nombre très limité de garçons). Elles mettent cependant en lumière certaines disparités des effets de l'orientation sexuelle selon le sexe. La différence entre jeunes hétérosexuel·les et jeunes non-HET est notamment plus marquée chez les garçons pour le harcèlement. Elle est au contraire plus grande pour les filles en ce qui concerne la consommation de substances psychoactives. Pour les questions de santé, les effets de l'orientation sexuelle semblent plus importants chez les garçons pour la santé générale et la dépressivité. Rappelons toutefois que ces comparaisons reflètent des différences relatives. Un effet plus marqué de l'orientation sexuelle pour les garçons (par exemple), ne signifie donc pas forcément un nombre absolu de jeunes concerné·es plus important chez les garçons que chez les filles.

Concernant les analyses selon chaque dimension de l'orientation sexuelle (présentées en annexe), peu de différences marquées sont observées. Une différence existe tout de même pour les hommes non-HET face à la santé générale. Ce groupe présente une moins bonne santé générale lorsque les groupes sont créés en fonction du sexe des partenaires sexuel·les. La question se pose ici de savoir si ce résultat peut avoir un lien direct avec le fait d'avoir eu des partenaires sexuel·les du même sexe. Les analyses réalisées ne permettent cependant pas de répondre à cette question de causalité. Pour les agressions sexuelles également, l'association avec les jeunes non-HET est plus marquée lorsque l'on identifie les jeunes non-HET sur la base du sexe des partenaires sexuel·les. Un biais se glisse cependant dans cette comparaison puisque les jeunes n'ayant jamais eu de comportement sexuel ne sont pas exclu·es lorsque l'on s'intéresse à l'attirance et à l'autodéfinition. Ces jeunes étant probablement moins exposé·es au risque de subir de telles agressions, elles et ils pourraient artificiellement combler la catégorie des personnes n'ayant jamais subi d'agression sexuelle.

En ce qui concerne la prévention, nous rejoignons l'analyse de Fineman[63], qui insiste sur le fait de donner aux jeunes et aux enfants une réelle place en tant que sujet·tes qui méritent l'attention des politiques publiques. Cette attention doit notamment se concentrer sur le climat qui règne au sein des institutions où se construisent les capacités de résilience. Parmi ces environnements, l'école (ou le lieu de formation) joue évidemment un rôle capital, mais également la famille. Il paraît donc essentiel de poursuivre la prévention en milieu scolaire afin de promouvoir un climat positif favorisant l'égalité et de mener une réflexion sur la prévention dans les environnements extrascolaire et familial.

Rappelons finalement que toutes les analyses réalisées reposent exclusivement sur des caractéristiques et des expériences auto-rapportées par les jeunes sondé·es. Vu le caractère sensible des questions posées, un biais de désirabilité sociale ne peut pas être exclu. Ce biais pourrait par ailleurs être plus ou moins important dans certains sous-groupes. Les garçons ne représentent notamment qu'un quart des jeunes ayant déclaré être non-HET. Cela pourrait suggérer qu'il est plus difficile pour les garçons de déclarer une attirance non exclusivement hétérosexuelle. La disparité observée entre les genres face aux agressions sexuelles pourrait aussi

souffrir en partie de ce biais, s'il s'avère plus difficile pour les jeunes hommes de rapporter de telles expériences. Mentionnons également que l'étude étant transversale, elle ne permet pas de déterminer la temporalité des événements ; seules des associations peuvent être étudiées et non pas des causalités.

6 Conclusion

Le présent rapport décrit les difficultés auxquelles les jeunes faisant partie de minorités sexuelles et de genre sont exposé·es, ceci au travers d'une analyse de la littérature scientifique et de données locales provenant d'une enquête populationnelle menée en 2017 auprès de jeunes vaudois·es en deuxième année de formation post-obligatoire. Cette recherche présente un caractère innovant en Suisse en s'appuyant sur trois dimensions de l'orientation sexuelle (attirance sexuelle, sexe des partenaires sexuel·les et autodéfinition) et en décrivant la situation des jeunes en fonction de leur identité de genre.

Les jeunes non exclusivement hétérosexuel·les ainsi que les jeunes trans* en fin de scolarité obligatoire sont plus fortement exposé·es à différentes formes de violence et de harcèlement que leurs pair·es exclusivement hétérosexuel·les ou cisgenres, respectivement. Elles et ils sont proportionnellement plus nombreux·ses à consommer certaines substances psychoactives et proportionnellement moins nombreux·ses à se déclarer en bonne santé que leurs pair·es exclusivement hétérosexuel·les ou cisgenres.

Au vu des résultats présentés dans ce rapport, il paraît essentiel de continuer la prévention en milieu scolaire, mais aussi extra-scolaire. La famille est en effet, au même titre que l'école, un lieu privilégié du développement des capacités de résilience des jeunes adultes en devenir. Le climat familial en termes d'ouverture à la diversité liée au genre et à l'orientation sexuelle est donc au moins aussi important que le climat scolaire. Une réflexion liée à la prévention dans les environnements extrascolaire et familial semble donc primordiale.

7 Références

1 Lucia S, Stadelmann S, Amiguet M, Ribeaud D, Bize R. Enquêtes populationnelles sur la victimisation et la délinquance chez les jeunes dans les cantons de Vaud et Zurich. Les jeunes non exclusivement hétérosexuel·le·s: populations davantge exposées? Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 279).

2 Institute of Medicine. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.

3 Geary RS, Tanton C, Erens B, Clifton S, Prah P, Wellings K, et al. Sexual identity, attraction and behaviour in Britain: The implications of using different dimensions of sexual orientation to estimate the size of sexual minority populations and inform public health interventions. Plos One. 2018;13(1).

4 Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff H, editors. Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg: RMS Editions / Médecine et Hygiène; 2018.

5 D'Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington NW. Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: disclosure of sexual orientation and its consequences. The American journal of orthopsychiatry. 1998;68(3):361-71; discussion 72-5.

6 D'Augelli AR. Developmental and Contextual Factors and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths. Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2006. p. 37-53.

7 Igartua K, Thombs BD, Burgos G, Montoro R. Concordance and Discrepancy in Sexual Identity, Attraction, and Behavior Among Adolescents. Journal of Adolescent Health. 2009;45(6):602-8.

8 Priebe G, Svedin CG. Operationalization of three dimensions of sexual orientation in a national survey of late adolescents. J Sex Res. 2013;50(8):727-38.

9 Kolto A, Cosma A, Young H, Moreau N, Pavlova D, Tesler R, et al. Romantic Attraction and Substance Use in 15-Year-Old Adolescents from Eight European Countries. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(17).

10 Narring F, Stronski Huwiler SM, Michaud PA. Prevalence and dimensions of sexual orientation in Swiss adolescents: a cross-sectional survey of 16 to 20-year-old students. Acta Paediatrica. 2003;92(2):233-9.

11 Stewart JL, Spivey LA, Widman L, Choukas-Bradley S, Prinstein MJ. Developmental patterns of sexual identity, romantic attraction, and sexual behavior among adolescents over three years. Journal of Adolescence. 2019;77:90-7.

12 Lucia S, Stadelmann S, Pin S. Enquêtes populationnelles sur la victimisation et la délinquance chez les jeunes adultes dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018. (Raisons de santé 290).

13 Barrense-Dias Y, Akre c, Berchtold A, Leeners B, Morselli D, Suris JC. Sexual health and behavior of young people in Switzerland. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2019. (Raisons de santé 291).

14 Savin-Williams RC. Who's Gay? Does It Matter? 2006;15(1):40-4.

15 McCabe SE, Hughes TL, Bostwick W, Boyd CJ. Assessment of difference in dimensions of sexual orientation: Implications for substance use research in a college-age population. Journal of Studies on Alcohol. 2005;66(5):620-9.

16 Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ, Michaels S, Grp CSF. A Multidimensional Measure of Sexual Orientation, Use of Psychoactive Substances, and Depression: Results of a National Survey on Sexual Behavior in France. Archives of Sexual Behavior. 2014;43(3):607-19.

17 Brewster KL, Tillman KH. Sexual orientation and substance use among adolescents and young adults. American journal of public health. 2012;102(6):1168-76.

18 Dharma C, Bauer GR. Understanding sexual orientation and health in Canada: Who are we capturing and who are we missing using the Statistics Canada sexual orientation question? Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique. 2017;108(1):e21-e6.

19 Saewyc EM, Bauer GR, Skay CL, Bearinger LH, Resnick MD, Reis E, et al. Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: Evaluation of eight school-based surveys. Journal of Adolescent Health. 2004;35(4):345.e1-.e15.

20 Lesbian, gay, and bisexual (LGB) youth sexual orientation measurement work group. Measuring sexual orientation of young people in health research. San Francisco: Gay and Lesbian Medical Association, 2003

21 Haseldon L, Joloza T. Measuring sexual identity: a guide for researcher. Newport: Office for National Statistics, 2009

22 Schrimshaw EW, Rosario M, Meyer-Bahlburg HFL, Scharf-Matlick AA. Test-retest reliability of self-reported sexual behavior, sexual orientation, and psychosexual milestones among gay, lesbian, and bisexual youths. Archives of sexual behavior. 2006;35(2):225-34.

23 Katz-Wise SL, Hyde JS. Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis. J Sex Res. 2012;49(2-3):142-67.

24 Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey SJ, DuRant RH. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. Pediatrics. 1998;101(5):895-902.

25 Russell ST, Everett BG, Rosario M, Birkett M. Indicators of victimization and sexual orientation among adolescents: analyses from Youth Risk Behavior Surveys. American journal of public health. 2014;104(2):255-61.

26 Toomey RB, Russell ST. The Role of Sexual Orientation in School-Based Victimization: A Meta-Analysis. Youth & society. 2016;48(2):176-201.

27 Priebe G, Svedin CG. Online or off-line victimisation and psychological well-being: A comparison of sexual-minority and heterosexual youth. European Child and Adolescent Psychiatry. 2012;21(10):569-82.

28 Marshal MP, Friedman MS, Stall R, King KM, Miles J, Gold MA, et al. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. Addiction. 2008;103(4):546-56.

29 Shahab L, Brown J, Hagger-Johnson G, Michie S, Semlyen J, West R, et al. Sexual orientation identity and tobacco and hazardous alcohol use: findings from a cross-sectional English population survey. Bmj Open. 2017;7(10).

30 Branstrom R, Pachankis JE. Sexual orientation disparities in the co-occurrence of substance use and psychological distress: a national population-based study (2008-2015). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2018;53(4):403-12.

31 Pesola F, Shelton KH, van den Bree MB. Sexual orientation and alcohol problem use among U.K. adolescents: an indirect link through depressed mood. Addiction (Abingdon, England). 2014;109(7):1072-80.

32 di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA pediatrics. 2018;172(12):1145-52.

33 Lucassen MFG, Stasiak K, Samra R, Frampton CMA, Merry SN. Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2017;51(8):774-87.

34 Julien D, Chartrand É. Recension des études utilisant un échantillon probabiliste sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. [Review of studies using a probability sample on the health of gays, lesbians, and bisexuals.]. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 2005;46(4):235-50.

35 King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC psychiatry. 2008;8:70.

36 Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. International Review of Psychiatry. 2015;27(5):367-85.

37 Amos R, Manalastas EJ, White R, Bos H, Patalay P. Mental health, social adversity, and health-related outcomes in sexual minority adolescents: a contemporary national cohort study. Lancet Child & Adolescent Health. 2020;4(1):36-45.

38 Irish M, Solmi F, Mars B, King M, Lewis G, Pearson RM, et al. Depression and self-harm from adolescence to young adulthood in sexual minorities compared with heterosexuals in the UK: a population-based cohort study. Lancet Child & Adolescent Health. 2019;3(2):91-8.

39 Jones A, Robinson E, Oginni O, Rahman Q, Rimes KA. Anxiety disorders, gender nonconformity, bullying and self-esteem in sexual minority adolescents: prospective birth cohort study. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2017;58(11):1201-9.

40 la Roi C, Kretschmer T, Dijkstra JK, Veenstra R, Oldehinkel AJ. Disparities in Depressive Symptoms Between Heterosexual and Lesbian, Gay, and Bisexual Youth in a Dutch Cohort: The TRAILS Study. Journal of Youth and Adolescence. 2016;45(3):440-56.

41 Branstrom R, Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Sexual orientation disparities in physical health: age and gender effects in a population-based study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2016;51(2):289-301.

42 Wang J, Hausermann M, Wydler H, Mohler-Kuo M, Weiss MG. Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: findings from 3 probability surveys. J Psychiatr Res. 2012;46(8):980-6.

43 Wang J, Häusermann M, Vounatsou P, Aggleton P, Weiss MG. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. Preventive Medicine. 2007;44(1):70-5.

44 Mann GE, Taylor A, Wren B, de Graaf N. Review of the literature on self-injurious thoughts and behaviours in gender-diverse children and young people in the United Kingdom. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2019;24(2):304-21.

45 Toomey RB, Ryan C, Diaz RM, Card NA, Russell ST. Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: school victimization and young adult psychosocial adjustment. Dev Psychol. 2010;46(6):1580-9.

46 Baams L. Disparities for LGBTQ and Gender Nonconforming Adolescents. Pediatrics. 2018;141(5).

47 Gordon AR, Conron KJ, Calzo JP, White MT, Reisner SL, Austin SB. Gender Expression, Violence, and Bullying Victimization: Findings From Probability Samples of High School Students in 4 US School Districts. The Journal of school health. 2018;88(4):306-14.

48 Rieger G, Savin-Williams RC. Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. Archives of sexual behavior. 2012;41(3):611-21.

49 Roberts AL, Rosario M, Slopen N, Calzo JP, Austin SB. Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: an 11-year longitudinal study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2013;52(2):143-52.

50 van Beusekom G, Baams L, Bos HMW, Overbeek G, Sandfort TGM. Gender Nonconformity, Homophobic Peer Victimization, and Mental Health: How Same-Sex Attraction and Biological Sex Matter. Journal of Sex Research. 2016;53(1):98-108.

51 van Beusekom G, Collier KL, Bos HMW, Sandfort TGM, Overbeek G. Gender Nonconformity and Peer Victimization: Sex and Sexual Attraction Differences by Age. J Sex Res. 2020;57(2):234-46.

52 Baams L, Beek T, Hille H, Zevenbergen FC, Bos HMW. Gender Nonconformity, Perceived Stigmatization, and Psychological Well-Being in Dutch Sexual Minority Youth and Young Adults: A Mediation Analysis. Archives of Sexual Behavior. 2013;42(5):765-73.

53 Firdion JM, Beck F. Les jeunes LGBT face au risque: suicide et pratiques addictives. Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie. 2015;22(5 Suppl 1):124-5.

54 Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, Ybarra ML. Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. J Sex Res. 2015;52(3):243-56.

55 Aparicio-García ME, Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, López-Núñez MI, García-Nieto I. Health and Well-Being of Cisgender, Transgender and Non-Binary Young People. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(10).

56 Anderssen N, Sivertsen B, Lonning KJ, Malterud K. Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. Bmc Public Health. 2020;20(1).

57 Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2014;55(1):93-9.

58 Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97.

59 Donahue K, Långström N, Lundström S, Lichtenstein P, Forsman M. Familial Factors, Victimization, and Psychological Health Among Sexual Minority Adolescents in Sweden. American journal of public health. 2017;107(2):322-8.

60 McCabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT, Boyd CJ. The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. American journal of public health. 2010;100(10):1946-52.

61 Huebner DM, Thoma BC, Neilands TB. School victimization and substance use among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research. 2015;16(5):734-43.

62 Beck F, Firdion J-M, Legleye S, Schiltz M-A. Risques suicidaires et minorités sexuelles: une problématique récente. Agora débats/jeunesses. 2011(2):33-46.

63 Fineman MA. Vulnerability, Resilience, and LGBT Youth Symposium: LGBT Youth: Reconciling Pride, Family, and Community. Temple Political & Civil Rights Law Review. 2013;23(2):307-30.

64 Kosciw JG, Palmer NA, Kull RM. Reflecting resiliency: openness about sexual orientation and/or gender identity and its relationship to well-being and educational outcomes for LGBT students. American journal of community psychology. 2015;55(1-2):167-78.

65 Molero F, Silván-Ferrero P, Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Nouvilas-Pallejá E, Pérez-Garín D. Subtle and blatant perceived discrimination and well-being in lesbians and gay men in Spain: The role of social support. Psicothema. 2017;29(4):475-81.

66 Hershberger SL, D'Augelli AR. The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. Developmental Psychology. 1995;31(1):65-74.

67 Goodenow C, Szalacha L, Westheimer K. School support groups, other school factors, and the safety of sexual minority adolescents. 2006;43(5):573-89.

68 Coulter RW, Birkett M, Corliss HL, Hatzenbuehler ML, Mustanski B, Stall RD. Associations between LGBTQ-affirmative school climate and adolescent drinking behaviors. Drug and alcohol dependence. 2016;161:340-7.

69 Li G, Wu AD, Marshall SK, Watson RJ, Adjei JK, Park M, et al. Investigating site-level longitudinal effects of population health interventions: Gay-Straight Alliances and school safety. SSM - Population Health. 2019;7:100350.

70 Burk J, Park M, Saewyc EM. A Media-Based School Intervention to Reduce Sexual Orientation Prejudice and Its Relationship to Discrimination, Bullying, and the Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents in Western Canada: A Population-Based Evaluation. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(11).

71 Russell ST, Horn S, Kosciw J, Saewyc E. Safe Schools Policy for LGBTQ Students and commentaries. Social Policy Report. 2010;24(4):1-25.

72 Kosciw JG, Greytak EA, Giga NM, Villenas C, Danischewski DJ. The 2015 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools. New York: GLSEN, 2016

8 Annexes

8.1 Recherche de la littérature

La recherche de littérature a été effectuée par le biais du moteur de recherche PubMed. Vu l'étendue des recherches faisant état de disparités entre les personnes faisant partie de minorités sexuelles et leurs pair·es hétérosexuel·les ou cisgenres, différentes catégories de recherche ont été créées. Cette stratégie a permis de faciliter le tri des articles pertinents tout en garantissant que chaque thématique, même minoritaire dans la littérature, puisse être adéquatement documentée. Cinq catégories ont été créées avec les termes de recherches suivants :

1. Orientation sexuelle : « Sexual and Gender Minorities »[Mesh] OR « sexual minorit* » OR « Homosexuality » [Mesh] OR « Bisexuality »[Mesh] OR «LGBT» OR «GLBT» OR «same sex attraction» OR «gay» OR «lesbian» OR «bisexual*» OR «queer» OR «lgb» OR «glb» OR «homosexual*»

2. Identité de genre : «Gender Identity »[Mesh] OR «transsexualism»[Mesh] OR «transgender persons»[Mesh] OR «intersex persons»[Mesh] OR «transgender*» OR «intersex*» OR «gender non conformity»

3. Victimisation : «Harassment, Non-Sexual»[Mesh] OR «violence»[Mesh] OR «sexual harassment»[Mesh] OR «Victim*» OR «agress*» OR «fight*» OR «threat*» OR «injur*» OR «sexual abuse» OR «sexual assault» OR «unwanted sexual experiences» OR « name-calling »

4. Consommation de substances psychoactives : «illicit drugs»[Mesh] OR «alcohol drinking»[Mesh] OR «Marijuana use»[Mesh] OR «smoking»[Mesh] OR «cocaine use» OR «substance use» OR «illicit drug use» OR «Substance-Related Disorders»[Mesh]

5. Santé : «Sexually Transmitted Diseases»[Mesh] OR «health status»[Mesh] OR «health status disparities»[Mesh] OR «health equity»[Mesh] OR «depression»[Mesh] OR «suicide»[Mesh] OR «overweight»[Mesh] OR «thinness»[Mesh] OR «mental health»[Mesh] OR «Health risk behaviors»[Mesh]

La recherche a ensuite été conduite en combinant successivement les deux premières catégories avec chacune des catégories 3 à 5 à l'aide du connecteur logique AND (1 AND 3, 1 AND 4, 1 AND 5, 2 AND 3, 2 AND 4, 2 AND 5). Deux filtres ont été appliqués à chaque recherche afin de limiter les résultats aux études relatives aux adolescent·es et jeunes adultes (« Young adult »[Mesh] OR « Adolescent »[Mesh]) et, dans un premier temps, aux études européennes (« Europe »[Mesh]). La recherche s'est d'abord concentrée sur les revues de littérature et les études comparatives (filtres disponibles dans l'interface PubMed). Lorsque le nombre de résultats pertinents n'était pas suffisant, les restrictions liées au type de publication puis à l'âge de la population ciblée ont été successivement retirées. Les 100 premiers résultats ont ensuite été passés en revue (titre et si nécessaire résumé) afin de relever un minimum de cinq publications pertinentes par recherche. La recherche a ensuite été étendue hors de l'Europe, en privilégiant toutefois les revues de la

littérature et les méta-analyses aux études comparatives. Finalement, les listes de références des publications relevées ont été consultées pour compléter l'identification d'articles pertinents.

8.2 Analyses selon chaque dimension de l'orientation sexuelle

8.2.1 Lecture des tableaux

Le pourcentage indiqué dans la colonne « Indicateur (% non-HET) » correspond à la part de personnes catégorisées comme non exclusivement hétérosexuelles dans l'échantillon selon la dimension spécifiée. La colonne « N non-HET (%) » donne le nombre de personnes non exclusivement hétérosexuelles ayant vécu une expérience de victimisation selon la variable indiquée dans la première colonne et la part représentée par ces personnes sur l'ensemble des personnes ayant vécu de telles expériences. Les OR uni-variable ne tiennent compte d'aucun autre facteur (modèle uni-variable évaluant la relation entre l'orientation sexuelle et la variable). Les OR ajustés tiennent compte d'autres facteurs (variables sociodémographiques). Ces facteurs sont spécifiés sous les tableaux.

Exemple de lecture pour les données encadrées sur la Figure 8 :

Selon la dimension de l'attirance sexuelle, 11% des jeunes sont identifié·es comme non-exclusivement hétérosexuel·les. Parmi elles et eux, 14 jeunes déclarent avoir vécu une expérience de brigandage ou de racket durant les 30 derniers mois, ce qui représente 16% de l'ensemble des jeunes victimes de brigandage ou de racket. Les expériences de brigandage/racket ne sont pas significativement plus fréquentes chez les jeunes non-HET que chez leurs pair·es hétérosexuel·les (intervalle de confiance 0.81 – 2.82 incluant la valeur 1). Lorsque l'on ajuste le modèle en tenant compte d'autres variables sociodémographiques (mentionnées sous le tableau), l'association devient statistiquement significative avec un OR de 2.1 et un intervalle de confiance n'incluant pas la valeur 1 (1.08 – 3.9).

Figure 8 Tableau illustrant la manière de lire les résultats présentés dans cette section

Variable	Indicateur (% non-HET)	N non-HET (%)	OR univarié	OR ajusté
Brigandage/Racket - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (11%)	14 (16%)	1.5 [0,81 – 2,8]	2.1 [1,1 – 3,9]
	Sexe des partenaires sexuel-les (13%)	12 (15%)	1.2 [0,62 – 2,5]	1.5 [0,69 – 3,2]
	Auto-définition (8.4%)	11 (13%)	1.7 [0,83 – 3,4]	1.8 [0,82 – 3,8]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	20 (22%)	1.5 [0,86 – 2,6]	1.9 [1,1 – 3,5]

Les *odds ratios* présentés sont ajustés pour tenir compte du sexe, du type de formation suivie, du statut migratoire et du lieu de vie.
NEH = Non exclusivement hétérosexuel·le.

8.2.2 Victimisation

Le Tableau 13 présente les *odds ratios* uni-variables (sans ajustement pour d'autres variables que celle liée à l'orientation sexuelle) et les *odds ratios* ajustés (pour les autres facteurs du modèle) pour les variables de victimisation en fonction de chaque dimension de l'orientation sexuelle. Pour les agressions sexuelles, les OR sont légèrement plus élevés lorsque l'on tient compte du sexe des partenaires sexuel·les plutôt que des autres dimensions de l'orientation sexuelle. Ce constat peut être biaisé par le décompte de jeunes n'ayant jamais eu de comportements sexuels, qui ont potentiellement moins été exposé·es au risque de violences. Ces jeunes ont été retiré·es des analyses réalisées selon la dimension du sexe des partenaires sexuel·les.

Tableau 13 Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (*odds ratios*)

Variable	Indicateur (% non-HET)	N non-HET (%)	OR univarié	OR ajusté
Brigandage/Racket - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (11%)	14 (16%)	1.5 [0.81 – 2.8]	2.1 [1.1 – 3.9]
	Sexe des partenaires sexuel-les (13%)	12 (15%)	1.2 [0.62 – 2.5]	1.5 [0.69 – 3.2]
	Auto-définition (8.4%)	11 (13%)	1.7 [0.83 – 3.4]	1.8 [0.82 – 3.8]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	20 (22%)	1.5 [0.86 – 2.6]	1.9 [1.1 – 3.5]
Agressions sexuelles - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (11%)	27 (37%)	5.6 [3.3 – 9.6]	4 [2.2 – 7.2]
	Sexe des partenaires sexuel-les (13%)	30 (42%)	6.2 [3.5 – 11]	5.2 [2.8 – 9.5]
	Auto-définition (8.4%)	18 (26%)	4.4 [2.4 – 8.3]	3.5 [1.8 – 6.6]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	36 (48%)	5.4 [3.2 – 9.2]	4 [2.3 – 7.0]
Lésions corporelles - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (11%)	9 (12%)	1.1 [0.53 – 2.3]	1.4 [0.63 – 3.0]
	Sexe des partenaires sexuel-les (13%)	11 (16%)	1.5 [0.76 – 2.9]	1.8 [0.88 – 3.7]
	Auto-définition (8.4%)	6 (8.6%)	1.1 [0.5 – 2.6]	1.5 [0.60 – 3.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	13 (18%)	1.1 [0.62 – 2.1]	1.4 [0.75 – 2.8]
Harcèlement (traditionnel ou cyber) - au moins une fois par semaine	Attirance sexuelle (11%)	36 (25%)	3 [1.9 – 4.8]	3 [1.8 – 5.0]
	Sexe des partenaires sexuel-les (13%)	29 (24%)	2.4 [1.5 – 4.0]	2.2 [1.3 – 4.0]
	Auto-définition (8.4%)	23 (17%)	2.5 [1.4 – 4.3]	2.4 [1.3 – 4.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	42 (29%)	2.3 [1.5 – 3.5]	2.2 [1.4 – 3.7]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Les OR ajustés tiennent compte du sexe, du type de formation suivie, du statut migratoire et du lieu de vie. Le % indiqué dans la troisième colonne se rapporte à la part que représentent les jeunes non-HET parmi l'ensemble des jeunes victimes de violences pour chaque variable et chaque indicateur.

Le Tableau 14 montre les résultats des analyses multi-variables stratifiées selon le sexe. Pour les hommes, les effectifs sont trop restreints pour pouvoir interpréter les OR obtenus, mis à part pour le harcèlement hebdomadaire.

Tableau 14 Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (*odds ratios*)

		Femmes non-HET		Hommes non-HET	
Variable	Indicateur (% non-HET)	N (%)	OR ajusté	N (%)	OR ajusté
Brigandage/Racket - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	12 (37%)	4 [1.7 – 9.5]	2 (3.2%)	0.3 [0.0 – 2.3]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	8 (26%)	1.7 [0.61 – 4.7]	4 (8.3%)	1.2 [0.3 – 4.6]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	9 (29%)	3.7 [1.4 – 9.4]	1 (1.7%)	0 [0.0 – 0.0]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	14 (44%)	3 [1.3 – 7.2]	5 (9.1%)	1 [0.3 – 3.1]
Agressions sexuelles - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	27 (40%)	4.3 [2.3 – 7.9]	0 (0%)	0 [0.0 – 0.0]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	28 (42%)	4.8 [2.6 – 8.9]	2 (39%)	12.2 [1.0 – 146]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	18 (27%)	3.7 [1.9 – 7.2]	0 (0%)	0 [0.0 – 0.0]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	34 (49%)	3.8 [2.2 – 6.8]	2 (33%)	5.9 [0.58 – 60]
Lésions corporelles - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	6 (22%)	1.6 [0.57 – 4.5]	3 (5.8%)	1.2 [0.3 – 3.9]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	9 (38%)	3.3 [1.2 – 9.0]	2 (4.1%)	0.7 [0.2 – 2.8]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	4 (16%)	1.9 [0.59 – 5.9]	2 (4.1%)	1 [0.2 – 4.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	9 (35%)	1.9 [0.77 – 4.9]	4 (7.7%)	1 [0.3 – 2.9]
Harcèlement (traditionnel ou cyber) - au moins une fois par semaine	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	24 (30%)	2.4 [1.4 – 4.3]	11 (18%)	5 [2.1 – 12]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	17 (24%)	1.4 [0.75 – 2.8]	11 (23%)	6.2 [2.5 – 16]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	13 (17%)	1.6 [0.79 – 3.4]	10 (17%)	5.3 [2.1 – 13]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	26 (32%)	1.6 [0.90 – 2.8]	15 (24%)	4.5 [2.1 – 9.6]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Ils tiennent compte du type de formation suivie, du statut migratoire et du lieu de vie.

PL 13324-A M 3010-A M 3137-A 516/568

8.2.3 Consommation

Le Tableau 15 présente les *odds ratios* uni-variables (sans ajustement pour d'autres variables que celle liée à l'orientation sexuelle) et les *odds ratios* ajustés (pour les autres facteurs du modèle) pour les variables liées à la consommation, en fonction de chaque dimension de l'orientation sexuelle. Une observation intéressante est le fait que, selon l'indicateur de l'orientation sexuelle considéré, la consommation hebdomadaire d'alcool et de cannabis n'est pas toujours significativement associée à l'orientation sexuelle. L'association est par contre toujours statistiquement significative pour l'indicateur composite de l'orientation sexuelle. En étant plus inclusif, il semble donc qu'on mette en évidence certaines associations qui pourraient ne pas être détectées si l'on ne considérait que l'une ou l'autre des dimensions.

Tableau 15 Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (*odds ratios)*

Variable	Indicateur (% non-HET)	N non-HET (%)	OR univarié	OR ajusté
Alcool hebdomadaire	Attirance sexuelle (11%)	79 (12%)	1.1 [0.81 – 1.6]	1.3 [0.85 – 1.8]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	83 (14%)	1.2 [0.87 – 1.8]	1.3 [0.88 – 2.0]
	Auto-définition (8.4%)	49 (7.6%)	0.8 [0.55 – 1.2]	0.8 [0.54 – 1.3]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	122 (18%)	1.3 [1.0 – 1.7]	1.5 [1.1 – 2.1]
Tabac hebdomadaire	Attirance sexuelle (11%)	68 (15%)	1.7 [1.2 – 2.4]	1.9 [1.3 – 2.8]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	79 (19%)	2.2 [1.6 – 3.2]	2.4 [1.7 – 3.6]
	Auto-définition (8.4%)	53 (12%)	1.8 [1.2 – 2.6]	1.8 [1.1 – 2.7]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	106 (24%)	1.9 [1.4 – 2.6]	2.1 [1.5 – 2.9]
Cannabis hebdomadaire	Attirance sexuelle (11%)	25 (14%)	1.4 [0.87 – 2.2]	1.6 [1.0 – 2.7]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	26 (16%)	1.3 [0.82 – 2.2]	1.6 [1.0 – 2.8]
	Auto-définition (8.4%)	19 (11%)	1.4 [0.81 – 2.3]	1.5 [0.82 – 2.6]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	39 (22%)	1.5 [1.0 – 2.2]	1.8 [1.2 – 2.8]
Autres stups - prévalence 12 derniers mois	Attirance sexuelle (11%)	16 (18%)	1.8 [1.0 – 3.3]	2.7 [1.5 – 5.0]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	22 (24%)	2.4 [1.4 – 4.1]	3.5 [1.9 – 6.5]
	Auto-définition (8.4%)	17 (19%)	2.8 [1.6 – 4.9]	3.7 [1.9 – 7.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	26 (29%)	2.2 [1.3 – 3.5]	3 [1.7 – 5.2]
Binge drinking - prévalence 30 derniers jours	Attirance sexuelle (11%)	80 (11%)	1 [0.73 – 1.5]	1.1 [0.72 – 1.6]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	84 (13%)	1.1 [0.77 – 1.6]	1.2 [0.74 – 1.8]
	Auto-définition (8.4%)	54 (7.7%)	0.9 [0.57 – 1.3]	0.8 [0.53 – 1.3]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	126 (17%)	1.2 [0.90 – 1.6]	1.3 [0.89 – 1.8]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Les OR ajustés tiennent compte du sexe, du type de formation suivie, du statut migratoire et du statut économique de la famille (ISEI). Le % indiqué dans la troisième colonne se rapporte à la part que représentent les jeunes non-HET parmi l'ensemble des jeunes victimes usagers de substances pour chaque variable et chaque indicateur.

Le Tableau 16 montre les résultats des analyses multi-variables stratifiées selon le sexe. Chez les femmes, l'effet de l'orientation sexuelle sur la consommation semble moins important lorsque l'on considère l'autodéfinition. Ceci est valable pour l'ensemble des variables sauf pour les stupéfiants autres que le cannabis, avec un OR similaire selon l'attirance sexuelle et l'autodéfinition. Cette tendance ne s'observe pas pour les hommes.

Tableau 16 Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (*odds ratios*)

Variable	Indicateur (% non-HET)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N (%)	OR ajusté	N (%)	OR ajusté
Alcool hebdomadaire	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	59 (21%)	1.4 [0.92 – 2.2]	20 (5.2%)	0.9 [0.4 – 2.0]
	Sexe des partenaires sexue·les (F: 19%; H: 6.8%)	65 (24%)	1.8 [1.1 – 2.9]	17 (5.1%)	0.5 [0.2 – 1.2]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	31 (11%)	0.8 [0.5 – 1.3]	17 (4.5%)	1 [0.4 – 2.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	93 (33%)	1.9 [1.3 – 2.7]	29 (7.4%)	0.8 [0.4 – 1.6]
Tabac hebdomadaire	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	56 (25%)	2.2 [1.4 – 3.4]	12 (5.5%)	1.3 [0.59 – 2.8]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	62 (29%)	2.6 [1.6 – 4.1]	18 (8.6%)	2.1 [1.0 – 4.3]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	37 (16%)	1.6 [1.0 – 2.7]	14 (6.3%)	2.2 [0.94 – 5.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	82 (36%)	2.4 [1.6 – 3.5]	22 (9.8%)	1.6 [0.87 – 3.0]
Cannabis hebdomadaire	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	21 (35%)	2.6 [1.4 – 4.9]	4 (3.2%)	0.5 [0.1 – 1.6]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	22 (38%)	3.2 [1.7 – 6.0]	3 (2.9%)	0.3 [0.1 – 1.7]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	15 (25%)	2.3 [1.2 – 4.4]	3 (2.4%)	0.4 [0.1 – 1.6]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	30 (50%)	3.3 [1.8 – 5.9]	7 (6.0%)	0.7 [0.3 – 1.7]
Autres stups - prévalence 12 derniers mois	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	13 (52%)	6.1 [2.5 – 15]	3 (4.3%)	0.6 [0.1 – 2.7]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	14 (55%)	5.7 [2.4 – 14]	7 (11%)	2 [0.68 – 5.7]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	11 (44%)	6.1 [2.5 – 15]	5 (8.0%)	1.9 [0.63 – 6.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	16 (64%)	5.5 [2.1 – 14]	8 (13%)	1.7 [0.64 – 4.3]
Binge drinking - prévalence 30 derniers jours	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	59 (18%)	1.1 [0.70 – 1.8]	21 (5.3%)	1 [0.5 – 2.2]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	64 (22%)	1.5 [0.88 – 2.5]	20 (5.6%)	0.6 [0.2 – 1.4]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	36 (11%)	0.8 [0.4 – 1.3]	18 (4.7%)	1.2 [0.5 – 3.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	94 (29%)	1.4 [1.0 – 2.2]	31 (7.8%)	0.9 [0.5 – 1.8]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Ils tiennent compte du type de formation suivie, du statut migratoire et du statut économique de la famille (ISEI).

8.2.4 Santé

Le Tableau 17 présente les *odds ratios* uni-variables (sans ajustement pour d'autres variables que celle liée à l'orientation sexuelle) et les *odds ratios* ajustés (pour les autres facteurs du modèle) pour les variables liées à la santé, en fonction de chaque dimension de l'orientation sexuelle.

Tableau 17 Effet de l'orientation sexuelle sur la santé pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (*odds ratios*)

Variable	Indicateur (% non-HET)	N non-HET (%)	OR univarié	OR ajusté
Mauvaise santé générale	Attirance sexuelle (11%)	41 (21%)	2.5 [1.7 – 3.7]	2.4 [1.5 – 3.6]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	38 (23%)	2.3 [1.5 – 3.6]	2 [1.3 – 3.2]
	Auto-définition (8.4%)	32 (17%)	2.6 [1.7 – 4.1]	2.4 [1.5 – 3.9]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	52 (27%)	2 [1.4 – 2.9]	1.8 [1.2 – 2.7]
Troubles somatiques et psychoactifs récurrents	Attirance sexuelle (11%)	140 (15%)	3.4 [2.3 – 5.1]	2.6 [1.7 – 3.9]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	125 (16%)	2.7 [1.8 – 4.0]	2.2 [1.4 – 3.3]
	Auto-définition (8.4%)	102 (12%)	3.4 [2.1 – 5.4]	2.8 [1.7 – 4.6]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	201 (22%)	2.9 [2.1 – 3.9]	2.3 [1.6 – 3.2]
Dépressivité	Attirance sexuelle (11%)	106 (17%)	2.7 [1.9 – 3.8]	2.2 [1.5 – 3.2]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	92 (18%)	2.3 [1.6 – 3.3]	2 [1.4 – 2.9]
	Auto-définition (8.4%)	81 (14%)	3.2 [2.1 – 4.7]	2.9 [1.9 – 4.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	148 (24%)	2.4 [1.8 – 3.2]	2 [1.5 – 2.7]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Les OR ajustés tiennent compte du sexe, du type de formation suivie, du statut économique de la famille (ISEI) et du statut religieux. Le % indiqué dans la troisième colonne se rapporte à la part que représentent les jeunes non-HET parmi l'ensemble des jeunes en mauvaise santé pour chaque variable et chaque indicateur.

Jeunes s'auto-définissant comme non-HET

Les analyses complémentaires réalisées en fonction de chaque dimension de l'orientation sexuelle montrent, pour les variables liées à la santé, des OR plus élevés en défaveur des jeunes non-HET lorsque celles et ceux-ci sont identifié·es par l'autodéfinition (en comparaison aux dimensions de l'attirance et du sexe des partenaires sexuel·les) (Tableau 17). Ce constat nous a poussé à creuser plus avant cette question en comparant les jeunes qui s'auto-définissent comme non-HET avec celles et ceux qui sont catégorisé·es comme tel·les selon leur attirance ou le sexe de leurs partenaires sexuel·les mais qui s'auto-définissent comme hétérosexuel·les.

Il en ressort que les jeunes qui s'auto-identifient comme non-HET sont plus à risque face aux symptômes dépressifs que les jeunes rapportant une attirance ou des comportements pour/avec des personnes du même sexe, mais se définissant comme hétérosexuel·les (OR = 2.1, IC95 = 1.2 – 3.8). Les *odds ratios* pour la santé générale et les troubles psychosomatiques ne sont statistiquement pas significatifs.

Le Tableau 18 montre les résultats des analyses multi-variables stratifiées selon le sexe. Une différence d'effet de l'orientation sexuelle est observée entre hommes et femmes au niveau de la santé générale (effet plus marqué pour les hommes avec des jeunes non-HET davantage surreprésentés parmi les jeunes hommes en mauvaise santé). Cette différence est particulièrement marquée lorsque l'on catégorise les jeunes selon le sexe des partenaires sexuel·les.

Tableau 18 Effet de l'orientation sexuelle sur la santé pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (*odds ratios*)

		Femmes non-HET		Hommes non-HET	
Variable	Indicateur (% non-HET)	N (%)	OR ajusté	N (%)	OR ajusté
Santé générale	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	33 (25%)	2.1 [1.3 – 3.5]	8 (14%)	3.5 [1.5 – 7.8]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	29 (24%)	1.6 [0.92 – 2.7]	9 (18%)	4.5 [1.9 – 11]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	26 (21%)	2.4 [1.4 – 4.2]	5 (9.6%)	2.7 [1.0 – 7.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	40 (30%)	1.5 [0.93 – 2.3]	12 (20%)	3.7 [1.8 – 7.5]
Troubles somatiques et psychoactifs récurrents	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	106 (19%)	2.4 [1.4 – 4.0]	33 (9.0%)	2.8 [1.4 – 5.5]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	94 (21%)	2.1 [1.2 – 3.7]	31 (9.7%)	2.1 [1.0 – 4.4]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	76 (15%)	3 [1.5 – 5.9]	24 (6.7%)	2.4 [1.1 – 5.3]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	154 (28%)	2.2 [1.4 – 3.4]	44 (12%)	2.3 [1.3 – 4.1]
Dépressivité	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	81 (21%)	1.9 [1.2 – 2.9]	25 (11%)	3.5 [1.8 – 6.7]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	68 (22%)	1.7 [1.1 – 2.7]	24 (12%)	2.9 [1.4 – 6.0]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	61 (17%)	2.7 [1.6 – 4.5]	19 (8.9%)	3.7 [1.7 – 8.0]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	115 (30%)	1.9 [1.3 – 2.7]	32 (14%)	2.6 [1.5 – 4.5]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Ils tiennent compte du type de formation suivie, du statut économique de la famille (ISEI) et du statut religieux.

8.3 Analyses détaillées des items liés aux variables de santé

Cette section présente des résultats détaillés pour les variables de santé construites sur la base de réponses à plusieurs questions. Les proportions de jeunes concerné·es par chaque item, ainsi qu'un test statistique sur la différence entre jeunes exclusivement hétérosexuel·les et jeunes non-HET sont présentés pour les items ayant servi à construire les variables liées aux troubles somatiques (Tableau 19), à la santé psychique (Tableau 20) et à la dépressivité (Tableau 21).

Tableau 19 Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié aux troubles somatiques selon l'orientation sexuelle (n et %)

Caractéristique	Exclusivement hétéro. N = 1 302	Non exclusivement hétéro. N = 260	p-value[1]
J'ai eu mal à la tête			**0.015**
rarement ou jamais	1 050 (81%)	191 (74%)	
plusieurs fois par semaine	240 (19%)	65 (26%)	
J'ai eu mal au ventre			**0.002**
rarement ou jamais	1 137 (89%)	208 (81%)	
plusieurs fois par semaine	147 (11%)	48 (19%)	
J'ai eu des douleurs dans le dos			**0.051**
rarement ou jamais	981 (76%)	180 (70%)	
plusieurs fois par semaine	303 (24%)	76 (30%)	
J'ai eu des vertiges (la tête qui tourne).			**0.002**
rarement ou jamais	1 181 (92%)	219 (86%)	
plusieurs fois par semaine	105 (8.2%)	37 (14%)	

[1]Test statistique réalisé: chi2 avec correction du deuxième ordre de Rao & Scott

Tableau 20 Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié aux troubles psychiques selon l'orientation sexuelle (n et %)

Caractéristique	Exclusivement hétéro. N = 1 302	Non exclusivement hétéro. N = 260	p-value[1]
J'étais triste			**<0.001**
rarement ou jamais	1 014 (78%)	161 (63%)	
plusieurs fois par semaine	278 (22%)	94 (37%)	
J'étais de mauvaise humeur, agacé·e			**<0.001**
rarement ou jamais	930 (72%)	147 (58%)	
plusieurs fois par semaine	362 (28%)	107 (42%)	
J'étais nerveux·se			**<0.001**
rarement ou jamais	932 (72%)	141 (57%)	
plusieurs fois par semaine	354 (28%)	107 (43%)	
J'avais des difficultés à m'endormir			**0.002**
rarement ou jamais	892 (69%)	150 (59%)	
plusieurs fois par semaine	398 (31%)	105 (41%)	
Je me sentais fatigué·e			**<0.001**
rarement ou jamais	462 (36%)	58 (23%)	
plusieurs fois par semaine	829 (64%)	197 (77%)	
J'étais anxieux·se			**<0.001**
rarement ou jamais	973 (76%)	141 (56%)	
plusieurs fois par semaine	311 (24%)	111 (44%)	
J'étais fâché·e, en colère			**0.010**
rarement ou jamais	1 058 (82%)	190 (74%)	
plusieurs fois par semaine	234 (18%)	65 (26%)	

[1]Test statistique réalisé: chi2 avec correction du deuxième ordre de Rao & Scott

Tableau 21 Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié à la dépressivité selon l'orientation sexuelle (n et %)

Caractéristique	Exclusivement hétéro. N = 1 302	Non exclusivement hétéro. N = 260	p-value[1]
Je me sens souvent déprimé·e sans savoir pourquoi			**<0.001**
pas d'accord	861 (67%)	111 (43%)	
d'accord	432 (33%)	146 (57%)	
Par moment, je pense que tout est tellement désespérant que je n'ai envie de rien			**<0.001**
pas d'accord	819 (64%)	124 (49%)	
d'accord	468 (36%)	129 (51%)	
Par moment, je pense que je n'ai rien dont je puisse me réjouir			**<0.001**
pas d'accord	1 003 (78%)	171 (67%)	
d'accord	285 (22%)	86 (33%)	
Par moment, je suis tellement déprimé·e que je resterais bien au lit toute la journée			**<0.001**
pas d'accord	815 (63%)	115 (45%)	
d'accord	474 (37%)	141 (55%)	
Je suis souvent triste sans pouvoir trouver de raison à cela			**<0.001**
pas d'accord	975 (76%)	143 (56%)	
d'accord	313 (24%)	112 (44%)	
Je trouve ma vie assez triste			**0.010**
pas d'accord	1 086 (84%)	195 (77%)	
d'accord	204 (16%)	57 (23%)	
Ces derniers temps, j'ai beaucoup pensé à la mort			**<0.001**
pas d'accord	1 119 (87%)	199 (78%)	
d'accord	169 (13%)	56 (22%)	

[1]Test statistique réalisé: chi2 avec correction du deuxième ordre de Rao & Scott

8.4 Agressions sexuelles – prévalence vie

Le Tableau 22 présente les proportions de victimes d'agressions sexuelles selon la dimension du sexe des partenaires sexuel·les et en fonction du sexe. Les prévalences durant les trente derniers mois et durant la vie y sont exposées. Suite au constat du faible nombre de femmes homosexuelles rapportant avoir été victimes d'agressions sexuelles durant les trente derniers mois, cette analyse complémentaire a été réalisée dans le but de voir si ce constat était aussi valable pour les agressions sexuelles vécues durant la vie entière. Il s'avère que même lorsque la période de référence n'est pas limitée, le nombre de femmes n'ayant eu des comportements sexuels qu'avec des femmes reste faible en comparaison des autres groupes (2 femmes, soit 1.8% des femmes rapportant avoir subi au moins une agression sexuelle au cours de la vie).

Tableau 22 Proportions de victimes d'agressions sexuelles selon le sexe des partenaires sexuel·les (Prévalence 30 mois et prévalence vie)

	Prévalence 30 derniers mois[1]				Prévalence vie[1]			
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
Caractéristique	jamais. N = 684	au moins 1x N = 69	jamais. N = 767	au moins 1x N = 6	jamais. N = 633	au moins 1x N = 132	jamais. N = 764	au moins 1x N = 11
Sexe des partenaires sexuel·les								
Uniquement avec des personnes de l'autre sexe	459 (69%)	38 (56%)	582 (78%)	3 (51%)	425 (69%)	78 (60%)	580 (78%)	8 (74%)
Uniquement avec des personnes du même sexe	11 (1.6%)	1 (1.3%)	15 (2.0%)	0 (0%)	9 (1.5%)	2 (1.8%)	15 (2.0%)	0 (0%)
Majoritairement avec des personnes de l'autre sexe mais aussi avec des personnes du même sexe	60 (9.0%)	23 (33%)	9 (1.2%)	2 (33%)	51 (8.3%)	35 (27%)	9 (1.2%)	2 (18%)
Autant avec des personnes de l'autre sexe qu'avec des personnes du même sexe	6 (1.0%)	4 (6.0%)	4 (0.6%)	0 (0%)	5 (0.7%)	7 (5.5%)	4 (0.6%)	0 (0%)
Majoritairement avec des personnes du même sexe mais aussi avec des personnes de l'autre sexe	4 (0.5%)	0 (0%)	12 (1.6%)	0 (0%)	4 (0.6%)	1 (0.9%)	12 (1.6%)	0 (0%)
Jamais eu de comportements sexuels avec qui que ce soit	129 (19%)	2 (3.5%)	122 (16%)	1 (16%)	126 (20%)	6 (4.6%)	122 (16%)	1 (8.6%)

[1]Statistique présentée: n (%)

unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Données larges

De 1993 à 2011, la Belgique a recensé une augmentation de plus de 10% des opérations annuelles de réassignation sexuelle, permettant le changement physique de sexe. Au niveau mondial, il y a environ 25 millions de personnes transgenres. (Tangpricha & Safer, 2018). Aux Etats-Unis, 0.6% de la population s'identifie comme transgenre ce qui représente près de 1'400'000 individus (Flores, Herman, Gates, & Browm, 2016). En Europe, la Haute Autorité de Santé (2009) montre qu'il existe une prévalence de 1 : 100'000 pour les Female to Male (FtM) (personne assignée femme s'identifiant en tant qu'homme) et de 1 : 300'000 pour les Male to Female (MtF) (personne assignée homme s'identifiant en tant que femme). En Suisse, il n'existe pas de données épidémiologiques officielles sur les personnes transgenres.

En Suisse

Les hôpitaux universitaires de Genève et de Lausanne, par exemple, ont ainsi tous deux observé ces dernières années une augmentation du nombre de personnes demandant à pouvoir bénéficier de chirurgie d'affirmation de genre (Pamfile et al., 2020). Différents articles spécialisés ont également été publiés en Suisse au sujet des opérations de réassignation sexuelle (Bauquis, 2011, 2014 ; Mijuskovic, Schaefer et Garcia Núñez, 2020).

Réponse de la confédération à cette interpellation ;

Dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux, l'Office fédéral de la statistique (OFS) collecte de manière systématique des données fiables sur les diagnostics et les traitements prodigués lors de séjours hospitaliers. Par contre, les données concernant le recours à des prestations ambulatoires des hôpitaux et celles provenant des cabinets médicaux ne font mention d'aucun diagnostic. Il est dès lors impossible de connaître le nombre de tous les mineurs qui suivent un traitement pour troubles de l'identité sexuelle, mais uniquement celui des jeunes qui sont hospitalisés pour être traités. Il importe de souligner que le traitement des troubles de l'identité sexuelle vise en priorité le bien-être des enfants, adolescents et adultes qui en souffrent. Voilà pourquoi les troubles de ce type font en premier lieu et en priorité l'objet d'un accompagnement psychothérapeutique. Quant aux traitements à proprement parler, ils sont principalement administrés à des adultes.

Seul le nombre des patientes et des patients mineurs hospitalisés pour suivre un traitement est connu ; ces données sont disponibles à partir de 2007. Voici, selon la statistique médicale des hôpitaux, le nombre de patientes et de patients de moins de 18 ans qui ont suivi un traitement sur la base d'un diagnostic principal du groupe F64 selon la classification CIM-10-GM :

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Personne(s)	0	0	0	1	1	0	0

Année	2014	2015	2016	2017	2018
Personne(s)	3	7	6	15	19

Les données ne sont pas disponibles au-delà de 2018. Ces chiffres indiquent le nombre de patientes et de patients hospitalisés, qu'ils aient subi ou non une opération chirurgicale.

Il n'existe pas de codes CHOP (Classification suisse des interventions chirurgicales) pour le blocage de la puberté ni pour l'administration d'hormones du sexe opposé. Le nombre de patientes et de patients n'ayant pas subi d'opération se répartit comme suit :

Ànnée	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Personne(s)	0	0	0	1	1	0	0

Ànnée	2014	2015	2016	2017	2018
Personne(s)	1	4	5	2	5

Quant aux patientes et aux patients qui ont subi une intervention chirurgicale, leur nombre se répartit comme suit :

Ànnée	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Personne(s)	0	0	0	0	0	0	0

Ànnée	2014	2015	2016	2017	2018
Personne(s)	2	3	1	13	14

La plupart des interventions chirurgicales ont trait, toutes années confondues, à des modifications de la poitrine. Le code "opération pour transformation de sexe, transformation du féminin vers le masculin" (code CHOP : 64.51) a de plus été indiqué dans le cas de 7 des 14 patientes et patients recensés en 2018. Ce code n'a pas été recensé les années précédentes.

Compte tenu du faible nombre de séjours hospitaliers, une ventilation par âge et par type de traitement ne déboucherait pas sur des indications significatives. Les cas mentionnés dans la réponse à la question numéro 2 concernent des patientes et des patients âgés de 13 à 17 ans, dont une grande majorité ont 16 ou 17 ans.

La Suisse ne possède pas de directives nationales sur le traitement de mineurs présentant une incongruence de genre. Dans le schéma de traitement global, la procédure standard actuelle suit largement les directives internationales. Celles-ci comprennent d'une part les lignes directrices élaborées conjointement par les sociétés d'endocrinologie européennes et américaines et par l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (World Professional

Association for Transgender Health, WPATH). D'autre part, la WPATH a défini ses propres normes, qui décrivent le schéma de traitement, la préparation et le suivi d'interventions de réattribution de sexe.

cc-f-01.02.01.04 **Changements de sexe [1] selon le canton, en 2022**

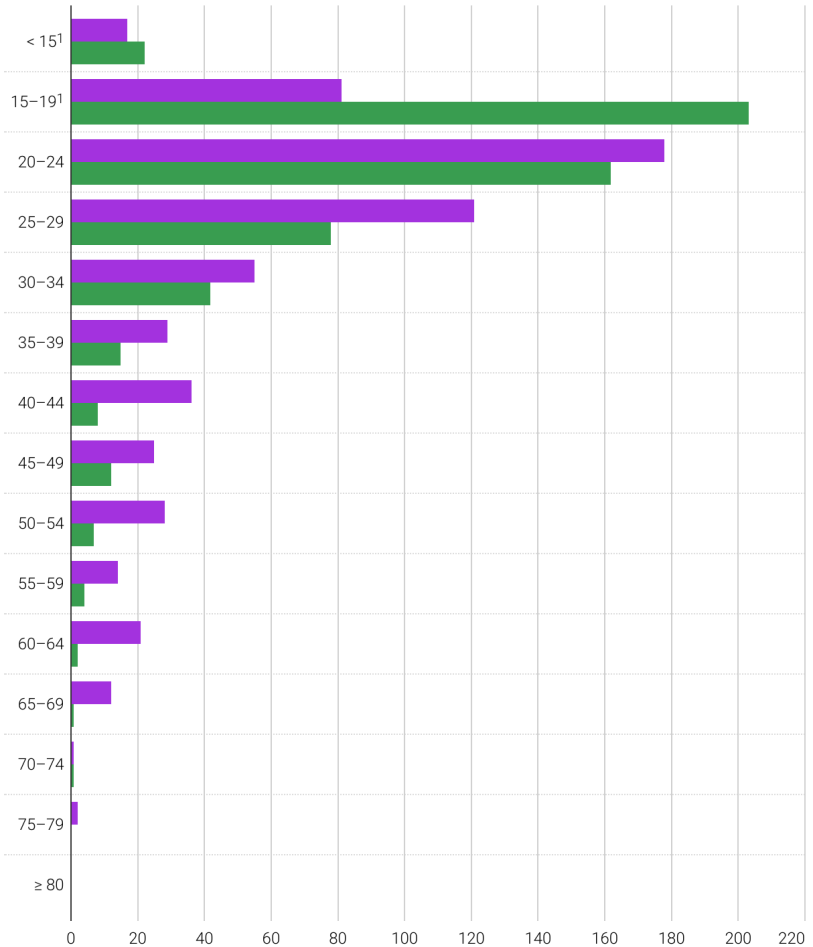
	Total	D'homme à femme	De femme à homme
Suisse	**1 171**	**616**	**555**
Région lémanique	276	138	138
Vaud	155	83	72
Valais	50	21	29
Genève	71	34	37
Espace Mittelland	251	127	124
Berne	120	56	64
Fribourg	42	28	14
Soleure	37	22	15
Neuchâtel	44	15	29
Jura	8	6	2
Suisse du Nord-Ouest	171	94	77
Bâle-Ville	57	30	27
Bâle-Campagne	36	24	12
Argovie	78	40	38
Zurich	219	126	93
Suisse orientale	130	65	65
Glaris	2	1	1
Schaffhouse	16	5	11
Appenzell Rh.-Ext	6	3	3
Appenzell Rh.-Int.	1	1	0
Saint-Gall	53	28	25
Grisons	16	8	8
Thurgovie	36	19	17
Suisse centrale	95	52	43
Lucerne	61	33	28
Uri	2	1	1
Schwyz	13	10	3
Obwald	4	2	2
Nidwald	2	1	1
Zoug	13	5	8
Tessin	29	14	15

[1] Dès le 1er janvier 2022, les changements de sexe peuvent être effectués par le biais d'une déclaration personnelle auprès de l'office d'état civil.

Source: BEVNAT

© OFS

Changements du sexe inscrit dans le registre de l'état civil selon la classe d'âge, en 2022



[1] Pour les personnes de moins de 16 ans, l'accord parental est requis.

Source: OFS – BEVNAT

© OFS 2023

DIALOGAI

Genève, le 25 octobre 2023

Bonjour,

Pour donner suite aux questions posées lors de notre rencontre du 12 octobre 2023, voici différentes ressources scientifiques qui pourraient vous éclairer.

1. État de l'art
2. Les chirurgies de réassignation sexuelle en Suisse
3. La suicidalité chez les jeunes personnes transgenres/non-binaires

1. État de l'art

Les éléments clefs qui ressortent des recherches et de la clinique démontrent les points suivants :

- En Suisse, l'attente moyenne pour des jeunes désirant avoir une hormonothérapie est de 2 ans (Medico, Pellaton et Zufferey, 2023).
- Sur 1'817 élèves vaudois.e.x.s : 1,1% se définissent comme transgenres et 0,2% en questionnement (Udrisad, Stadelmann et Bize, 2022).
- Soutenir les jeunes dans leur identité de genre est favorable à long terme dans leurs développements psychologiques et sociaux (Olson, 2022).
- Les coming-outs plus jeunes expliquent le phénomène d'augmentation des demandes (Puckett et al., 2021).
- La transition sociale permet aux jeunes d'expérimenter un genre, un prénom et des pronoms pour s'assurer que ces derniers lui correspondent bien.

2. Les chirurgies de réassignation sexuelle en Suisse

Concernant les données sur les **chirurgies** dites de « réassignation sexuelle », il est important de savoir qu'en Suisse **les personnes transgenres ne peuvent pas se faire opérer des organes génitaux avant 18 ans**. Cette intervention est également de moins en moins demandée car elle n'est plus obligatoire pour effectuer un changement de genre à l'état civil. En effet, les demandes de changement de genre à l'état civil se font depuis janvier 2021 suivant l'auto-

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

détermination de la personne dès 16 ans (pour les personnes qui ont moins de 16 ans, l'accord parental est requis). Le changement de genre à l'état civil genevois en 2022 concerne 71 personnes, dont 34 de « M » à « F » et 37 de « F » à « M » (Source : BEVNAT).

Figure 1 : nombre de changements de sexe auprès de l'état civil : premiers résultats provisoires selon les cantons, 2022

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

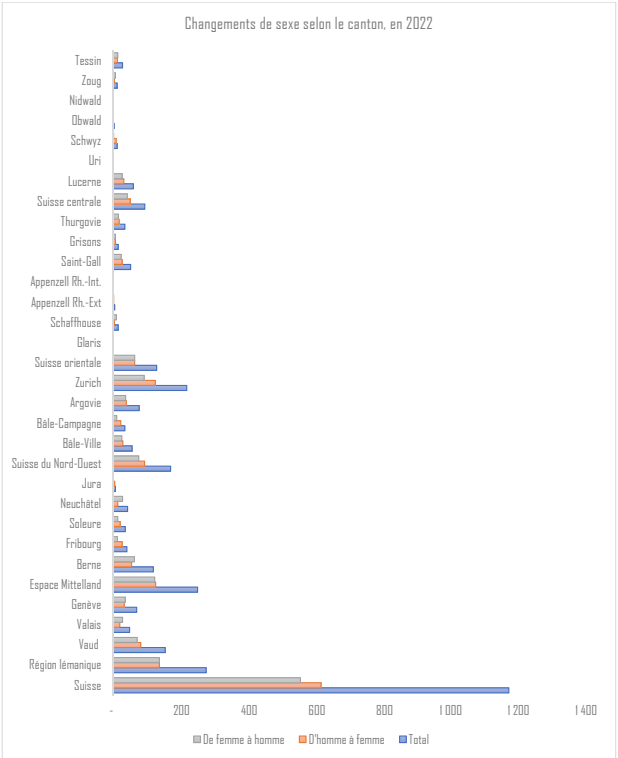


Figure 2 : nombre de changements de sexe auprès de l'état civil : premiers résultats provisoires selon la classe d'âge, 2022

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

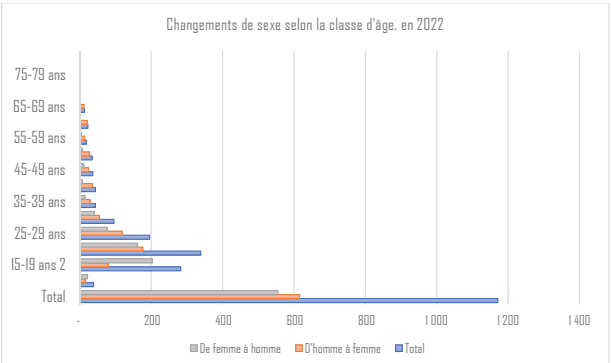
info@dialogai.org
www.dialogai.org

+41 22 906 40 40

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don



Dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux, l'Office fédéral de la statistique (OFS) collecte de manière systématique des données sur les diagnostics et les traitements prodigués lors de séjours hospitaliers. En revanche, les données concernant le recours à des prestations ambulatoires des hôpitaux et celles provenant des cabinets médicaux ne font mention d'aucun diagnostic. Il est, dès lors, impossible de connaître le nombre total de mineur.e.x.s qui suivent un traitement pour troubles de l'identité sexuelle[1], mais uniquement celui des jeunes qui sont hospitalisé.e.x.s pour être traité.e.x.s. Il importe de souligner que le traitement des « troubles de l'identité sexuelle » vise en priorité le bien-être des enfants, adolescent.e.x.s et adultes qui en souffrent. Voilà pourquoi, les troubles de ce type font en premier lieu et en priorité l'objet d'un accompagnement psychothérapeutique. Quant aux traitements à proprement parler, ils sont principalement administrés à des adultes (figure 3).

[1] [1] **Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance**
Trouble se manifestant habituellement pour la première fois dans la première enfance (et toujours bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné à la naissance, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en faire partie). Les vêtements et les activités propres au sexe opposé et un rejet de son propre sexe sont des préoccupations persistantes. Il faut qu'il existe une perturbation profonde de l'identité sexuelle normale pour porter ce diagnostic ; il ne suffit pas qu'une fille soit simplement un garçon manqué" ou qu'un garçon soit une "fille manquée".

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

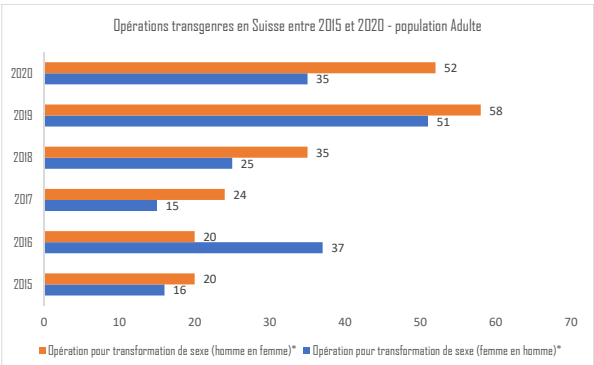
PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

DIALOGAI

Figure 3 : Une personne transgenre est une personne qui ne se reconnaît pas dans le sexe qui lui a été assigné à la naissance. Ces personnes naissent avec un corps clairement masculin ou clairement féminin, mais elles s'identifient à l'autre genre, entre les deux ou à la fois dans l'un et dans l'autre. En 2020, seuls 35 hommes adultes transgenres ont subi une opération de réassignation génitale et 52 femmes adultes transgenres, dans les trois hôpitaux qui pratiquent ces opérations en Suisse.



En revanche, seul le nombre des patient.e.x.s mineur.e.x.s hospitalisé.e.x.s pour suivre un traitement est connu ; ces données sont disponibles à partir de 2007 et ne sont pas disponibles au-delà de 2018.

Figure 4 : Le nombre de patient.e.x.s de moins de 18 ans **qui ont suivi un traitement** sur la base d'un diagnostic principal du groupe F64 selon la classification CIM-10-GM. Ces chiffres indiquent le nombre de patient.e.x.s **hospitalisé.e.x.s,** qu'iels aient subi ou non une opération chirurgicale. Il n'existe pas de codes CHOP (Classification suisse des interventions chirurgicales) pour le blocage de la puberté ni pour l'administration d'hormones du sexe opposé.

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

DIALOGAI

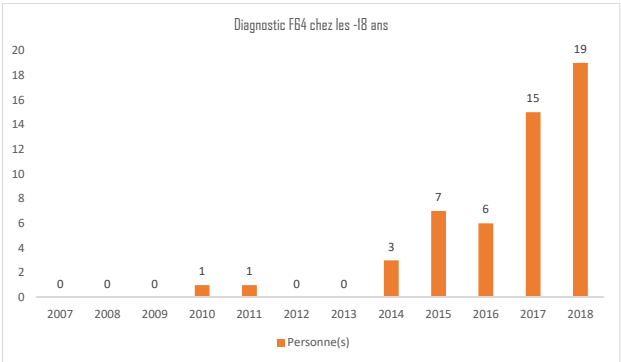
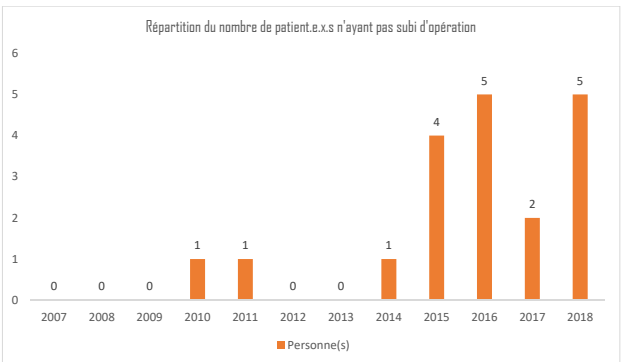


Figure 5 : Le nombre de patient.e.x.s n'ayant pas subi d'opération se répartit comme suit :



DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

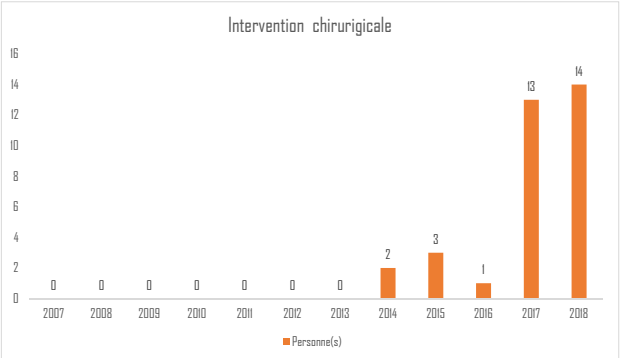
PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

DIALOGAI

Figure 6 : Quant aux patient.e.x.s qui ont subi une intervention chirurgicale, leur nombre se répartit comme suit



La plupart des interventions chirurgicales ont trait, toutes années confondues, à des modifications de la poitrine. Le code "opération pour transformation de sexe, transformation du féminin vers le masculin" (code CHOP : 64.51) a de plus été indiqué dans le cas de 7 des 14 patient.e.x.s recensé.e.x.s en 2018. Ce code n'a pas été recensé les années précédentes.

Les éléments clefs qui ressortent de la recherche de ces données statistiques démontrent les points suivants :

- La Suisse ne possède pas de données statistiques et les statistiques médicale des hôpitaux ne permettent pas de répondre à toutes les questions.
- La Suisse ne possède pas de directives nationale sur le traitement de mineur.e.x.s présentant une incongruence de genre. Dans le schéma de traitement global, la procédure standard actuelle suit largement les directives internationales.

3. La suicidalité chez les jeunes personnes transgenres/non-binaires

Les statistiques sur **le taux de suicide** des jeunes transgenres/non-binaires à Genève sont difficiles à obtenir notamment car l'Office fédérale des statistiques (OFS) ne prend pas en

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

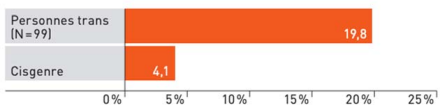
Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

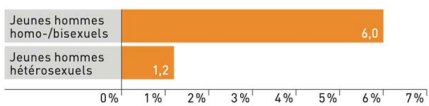
compte cette variable dans son analyse, et aussi car certaines personnes se suicident avant que leur coming-out ait été fait.

Cette difficulté se retrouve également au niveau de la recherche internationale. En effet, les études portant spécifiquement sur les jeunes transgenres sont plus rares que celles portant sur les jeunes LGBTQ+ en général. Di Giacomo et ses collègues (2018) ont recensé une seule étude sur 35 qui traite de la transidentité indépendamment de l'orientation sexuelle (Tableau 1). Cependant, Reisner et ses collègues (2018) soulignent que les jeunes transgenres font face à des difficultés spécifiques surtout au niveau de la santé mentale et du risque suicidaire. Sur cette dimension, les personnes transgenres ont un risque de suicide 5 fois plus élevé que les personnes gays et lesbiennes, qui elles-mêmes ont un risque 4 fois plus élevé que la population générale. (Wang et al, 2018). (Figures ci-dessous).

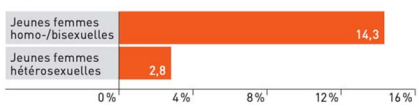
Prévalence d'un antécédent de tentative de suicide dans les 12 derniers mois chez les jeunes (13–17 ans) selon l'identité de genre
(Youth'12, Clark et al., 2014, Nouvelle Zélande)



Prévalence annuelle des tentatives de suicide chez les jeunes hommes (20 ans) (Wang et al., 2014a)



Prévalence annuelle des tentatives de suicide chez les jeunes femmes (16–20 ans) (SMASH 2002)



DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

info@dialogai.org
www.dialogai.org

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

DIALOGAI

Cependant, nous avons des chiffres vaudois et des analyses sur la santé mentale des jeunes LGBTQIA+ (ci-joint : « études sur la victimisation » de Unisanté et « j'aimerai mourir » de Medico et al.) qui indiquent notamment que :

« *Les jeunes trans* et en questionnement quant à leur identité sont proportionnellement plus nombreux·ses à rapporter être en mauvaise santé générale au moment de l'enquête (36% contre 12% chez les jeunes cisgenres), à avoir plusieurs troubles somatiques et psychoaffectifs plusieurs fois par semaine au cours des six mois précédent l'enquête (82% vs 60%, respectivement) et à annoncer des symptômes dépressifs au moment de l'enquête (67% vs 39% respectivement)* » (p.46) (Udrisard R, Stadelmann S, Bize R. Des chiffres vaudois sur la victimisation des jeunes LGBT. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2022 (Raisons de santé 329). https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/329,).

Annexe :

- Tableau récapitulatif des recherches sur la santé des jeunes LGBTIQ+ (repris de Udrisard, Stadelmann, et Bize., 2022).
- Tableau des étapes fréquentes d'affirmation de genre
- Des chiffres vaudois sur la victimisation des jeunes LGBT. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2022
- « J'aimerai mourir » de Denise Medico et al.

Références :

- Avis du conseil fédéral sur l'interpellation 20.3051

- Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2014;55(1):93-9

- di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA pediatrics. 2018;172(12):1145-52.

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

- Gordon AR, Conron KJ, Calzo JP, White MT, Reisner SL, Austin SB. Gender Expression, Violence, and Bullying Victimization: Findings From Probability Samples of High School Students in 4 US School Districts. The Journal of school health. 2018;88(4):306-14.

- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Galantino, G. J., & Zufferey, A. (2020). «J'aimerais mourir.» Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières*, *31*(2).

- Udrisard, R., Stadelmann, S., & Bize, R. (2022). Des chiffres vaudois sur la victimisation des jeunes LGBT. *Rai de san*, *329*, 68.

Tableau 1 : Récapitulatif des recherches sur la santé des jeunes LGBTIQ+ (repris de Udrisard, Stadelmann, et Bize., 2022).

Référence	Type de revue	Thème(s) abordé(s)	
Publications ciblant spécifiquement les jeunes LGB			
Di Giacomo et. al (2018)	Revue systématique et Méta-analyse 35 études comparatives	Tentatives de suicide	Les minorités sexuelles présentent généralement un risque plus élevé de tentatives de suicide (ORi 3.50, IC 95% 2.98-4.12). Ce risque est plus élevé pour les jeunes bisexuel·les que les jeunes homosexuel·les.
Lucassen et. al (2017)33	Revue systématique et Méta-analyse 23 articles	Symptômes ou troubles dépressifs	Les jeunes issus de minorités sexuelles rapportent des taux plus élevés de dépression (OR 2.94, IC 95% 2.27 – 3.80) que leurs pair·es hétérosexue·les. Les filles LB sont particulièrement vulnérables face à la

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

DIALOGAI

			dépression (en comparaison des garçons GB)
Publications relatives à toutes les tranches d'âge			
Julien et Chartrand (2005)	Revue de littérature 32 publications portant sur un échantillon probabiliste	Santé, dont 15 études qui s'intéressent à des problèmes de santé mentale	La détresse psychologique et les tentatives de suicide sont plus souvent rapportées par les personnes LGB que par les hétérosexuel·les. Les résultats sont cohérents entre les études basées sur un échantillon probabiliste.
King et. al (2008)3	Revue systématique et Méta-analyse 25 études populationnelles comparatives	Troubles mentaux (dépression, anxiété) Suicide Automutilation	Les personnes LGB présentent des risques plus élevés de troubles anxieux (RRj 1.54, IC 95% 1.23 – 1.922), de dépression (RR 2.58, IC 95% 1.92 – 3.47) et de tentatives de suicides au cours de la vie (RR 2.47, IC95% 1.87 – 3.28). Ce dernier risque est particulièrement marqué chez les hommes gays et bisexuels (RR 4.28, IC 95% 2.32 – 7.88).
Plöderl et Tremblay (2015)	Revue systématique 199 études	Santé mentale (anxiété, dépression, suicide)	La grande majorité des publications rapportent un risque accru pour les personnes LGB face aux troubles anxieux, la dépression et les tentatives de suicide. Cela est valable pour les trois dimensions de l'orientation sexuelle. Les personnes bisexuelles sont identifiées comme un sous-

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

			groupe particulièrement vulnérable dans la majorité des études revues.

- Tableau 2 : Tableau des étapes fréquentes d'affirmation de genre

Etapes fréquentes d'affirmation du genre (American Academy of Pedatrics, 2016 Supporting and caring for Transgender Children)

Démarches	Exemples	Âges	Réversibilité
Transitions sociales (famille, amis, école, travail…)	Coming out Prénom d'usage, pronoms, expression de genre (habits, coiffure)	Tous	Réversible
Transition légale et administrative	Changements de prénoms et de genres (sexe)	Tous (dès 16 ans auto-détermination)	Réversible
Bloqueurs de puberté	Analogues de la Gn-rh	Début de l'adolescence (11-16) (Tanner 2)	Réversible
Traitement hormonal d'affirmation de genre	Testostérone (AFAN) Oestrogènes + anti Testostérone (AGAN)	Adolescents dès 15-16 ans Adultes	Partiellement réversible
Chirurgies d'affirmation de genre	Chirurgie du torse Chirurgie génitale Autres (faciales, trachées…)	Adolescents dès 16 ans Adultes	Irréversible

DIALOGAI
Rue de la Navigation 11
1201 Genève

+41 22 906 40 40

1

info@dialogai.org
www.dialogai.org

PostFinance SA - IBAN CH97 0900 0000 1201 8945

Association reconnue d'utilité publique. Don déductible de vos impôts.
Vos dons, nos actions.

Faites un don avec TWINT !
Scannez le code QR avec l'app TWINT
Confirmez le montant et le don

Document généré le 20 oct. 2023 12:21

Frontières

FRONTIÈRES

« J'aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale

Denise Medico, Annie Pullen Sansfaçon, Gabriel J. Galantino et Adèle Zufferey

Volume 31, numéro 2, 2020

Nécropolitique, finitude et genres trans

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1070338ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1070338ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1916-0976 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Galantino, G. J. & Zufferey, A. (2020). « J'aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières*, *31*(2). https://doi.org/10.7202/1070338ar

Résumé de l'article

La suicidalité chez les jeunes trans est très importante. La recherche montre qu'il y a de meilleures chances de la prévenir, dans un contexte social aidant, avec du soutien parental et un accès aux traitements de confirmation de genre. Or, que vivent les jeunes trans et leur famille dans des contextes où, comme c'est le cas de la Suisse francophone, les traitements sont peu accessibles, d'une part, et où, d'autre part, la transitude est pratiquement invisible? Dans le cadre d'une recherche participative inspirée par la théorie ancrée, dix jeunes et dix parents ont été interrogés pour documenter la situation. De fait, le suicide et « l'envie de mourir » sont très présents pour ces jeunes, qui considèrent l'inadaptation actuelle des structures de soin comme un enjeu majeur. Se révéler à soi-même et aux autres et être soutenu par les soignants sont de la plus grande importance pour sortir de l'envie de mourir. Cet article montre comment la notion d'oppression développementale peut aider à mieux comprendre la suicidalité chez les jeunes trans.

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2020

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.
https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.
https://www.erudit.org/fr/

Frontières
Nécropolitique, finitude et genres trans, 31(2) 2020

Articles

« J'aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale

Denise MEDICO
Professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
medico.denise@uqam.ca

Annie PULLEN SANSFAÇON
Professeure titulaire, École de travail social, Université de Montréal
a.pullen.sansfacon@umontreal.ca

Gabriel J. GALANTINO
Auxiliaire de recherche, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
galantino.gabriel@uqam.ca

Adèle ZUFFEREY
Psychologue, Fondation Agnodice, Suisse
adele.zufferey@agnodice.ch

Résumé

La suicidalité chez les jeunes trans est très importante. La recherche montre qu'il y a de meilleures chances de la prévenir, dans un contexte social aidant, avec du soutien parental et un accès aux traitements de confirmation de genre. Or, que vivent les jeunes trans et leur famille dans des contextes où, comme c'est le cas de la Suisse francophone, les traitements sont peu accessibles, d'une part, et où, d'autre part, la transitude est pratiquement invisible? Dans le cadre d'une recherche participative inspirée par la théorie ancrée, dix jeunes et dix parents ont été interrogés pour documenter la situation. De fait, le suicide et « l'envie de mourir » sont très présents pour ces jeunes, qui considèrent l'inadaptation actuelle des structures de soin comme un enjeu majeur. Se révéler à soi-même et aux autres et être soutenu par les soignants sont de la plus grande importance pour sortir de l'envie de mourir. Cet article montre comment la notion d'oppression développementale peut aider à mieux comprendre la suicidalité chez les jeunes trans.

Mots-clés: jeunes trans; suicide; mort; oppression

Abstract

Suicidality among trans youth is a crucial topic. The literature has demonstrated that a supportive social context, strong parental support and access to gender-affirming medical care are strong protective factors to prevention of suicidality. But what are the experiences of trans youth and their families in contexts of limited access to gender-affirming care, or in cultures where trans people

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2020

http://doi.org/10.7202/1070338ar

remain invisible, for example, in French-speaking Switzerland? In a participatory study supported by grounded theory, 10 youth and 10 parents were interviewed to document their experiences. Suicide and suicidal ideation are common among youth experiences, and the current maladapted healthcare system is identified as an important factor leading to these experiences of suicidality. For trans youth, coming out to themselves and to others and being supported by caregivers are fundamental for overcoming suicidality. This article explains how the concept of developmental oppression is helpful for understanding suicidality in trans youth.

Keywords: trans youth ; suicide ; death ; oppression

Resumen

La suicidalidad entre los jóvenes trans es inquietante. La investigación científica muestra que existe la posibilidad de prevenirla si esto se realiza en un contexto social de ayuda, con el apoyo de los padres y con el acceso a los tratamientos de la reafirmación del género. Sin embargo, ¿qué viven los jóvenes trans y sus familias en contextos como en la parte francesa de Suiza, donde, por un lado, los tratamientos son poco accesibles y, por otro, el ser trans es prácticamente invisible? En el marco de una investigación de carácter participativo inspirada de la teoría fundamental, diez jóvenes y diez padres fueron interrogados con el fin de documentar la situación. De hecho, el suicidio y "el deseo de morir" están muy presentes en las vidas de estos jóvenes, quienes consideran la inadaptación actual de estructuras de ayuda como un problema mayor. Asumirse como trans, hacerlo público a los otros y ser apoyado por el personal profesional son de suma importancia para descartar el deseo de morir. Este artículo muestra cómo la noción de la opresión desarrollista puede contribuir a mejor comprender el suicidalidad entre los jóvenes trans.

Palabras clave: jóvenes trans; suicidio; muerte; opresión

Dans les pays — pratiquement tous anglophones et occidentaux — qui ont mené des travaux de recherche sur la situation des jeunes trans, il ressort unanimement que des difficultés importantes attendent ces jeunes; de fait, elles et ils présentent des taux de souffrance psychologique et sociale particulièrement élevés (Perez-Brumer *et al.*, 2017; Connolly *et al.*, 2016; Grossman, Park et Russell, 2016). Plus souvent que les jeunes cisgenres, elles et ils vivent des expériences de violences physiques, psychologiques et sexuelles, ainsi que des situations de discrimination et d'intimidation (Espelage, Merrin et Hatchel, 2018; Veale *et al.*, 2017).

Le suicide chez les jeunes trans

Les études menées auprès des jeunes trans rapportent des taux particulièrement élevés de dépression, anxiété, symptômes post traumatiques, troubles alimentaires, pratiques automutilatoires, consommation de drogue et d'alcool, pensées suicidaires et tentatives de suicide (Holt, Skagerberg et Dunsford, 2016; Reisner *et al.*, 2015). Ainsi, la suicidalité est en moyenne 2 à 5 fois plus élevée que chez les jeunes cisgenres. Au Royaume-Uni, des 677 jeunes trans et non binaires âgés de 16 à 25 ans qui ont répondu à l'étude de Rimes *et al.* (2019), 53,8 % ont déjà pratiqué une automutilation, 18,9 % ont déjà effectué une tentative de suicide et 52,6 % ont eu des idéations suicidaires dans la dernière année. En Californie, en comparaison avec plus de 630 000 jeunes cisgenres, les 7 653 jeunes trans interrogés et dont la moyenne d'âge est de 15 ans, sont trois fois plus à risque d'avoir des idéations suicidaires, cinq fois plus à risque d'avoir des symptômes dépressifs et deux fois plus à risque de vivre de la discrimination (Perez-Brumer *et al.*, 2017). Dans une étude australienne menée auprès de 859 jeunes trans de 14 à 25 ans, 48, 1 % auraient fait, au cours de leur vie, au moins une tentative de suicide, et 79,7 % auraient présenté des comportements automutilatoires (Strauss *et al.*, 2017). Pour sa part, la recherche Trans PULSE menée en Ontario indique que 77 % des 433 jeunes trans interrogé.e.s rapportent avoir considéré le suicide, dont 43 % qui ont passé à l'acte (Bauer *et al.*, 2013). Une autre étude canadienne confirme ces chiffres et indique que, dans la dernière année, 65,2 % des 323 jeunes trans de 14 à 18 ans interrogé.e.s ont sérieusement considéré le suicide, comparativement à 13 % des jeunes cisgenres; 36,1 % ont effectué une tentative de suicide et 74,9 % de l'automutilation (Veale *et al.*, 2017).

Les pistes actuelles de compréhension

La suicidalité chez les jeunes trans constitue une préoccupation sociale majeure. Différentes pistes explicatives sont discutées sous différents angles dans la littérature : (1) angle social avec l'intériorisation des stigmas et de la violence, (2) angle intrafamilial avec le soutien et la reconnaissance des personnes significatives, (3) angle identitaire et accès aux traitements avec la possibilité de vivre dans le genre authentique.

(1) Les discriminations, violences subies et manque de reconnaissance du droit à l'existence comme personne trans sont identifiés comme sources de détresse et suicidalité (Espelage, Merrin et Hatchel, 2018; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2018; Reisner *et al.*, 2015). Les stéréotypes et la stigmatisation liée à l'identité trans peuvent mener à un sentiment de dévalorisation de soi par les interactions avec les autres et, subséquemment, à une honte de soi qui jouerait un rôle central dans les pensées suicidaires (Rivers *et al.*, 2018). Un contexte de vie ayant moins d'expériences de transphobie est associé à une réduction de 66 % d'idéation suicidaire en plus d'un taux additionnel de 76 % de réduction de tentative de suicide (Bauer *et al.*, 2013). À l'inverse, les sentiments de sécurité à l'école et ceux de connexion avec une personne adulte de la communauté sont des facteurs de protection contre la suicidalité et la dépression (Gower *et al.*, 2018; Taliaferro, McMorris et Eisenberg, 2018).

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2020

http://doi.org/10.7202/1070338ar

(2) Le manque de soutien familial est associé aux idéations suicidaires et tentatives de suicide, quel que soit le soutien social extérieur perçu (Taliaferro *et al.*, 2019; Klein et Golub, 2016; Miller, Esposito-Smythers et Leichtweis, 2015). Les jeunes trans qui trouvent un soutien solide dans leur famille sont en aussi bonne santé mentale que les jeunes cisgenres et ne présentent des symptômes d'anxiété que de façon marginale (Owen-Smith *et al.*, 2018; Durwood, McLaughlin et Olson, 2017; Olson *et al.* 2016). Ainsi le soutien social et familial serait en lien direct avec le sentiment de confiance en soi chez les jeunes trans (Johns *et al.*, 2018; Katz-Wise *et al.*, 2018; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2018).

(3) Le fait de pouvoir vivre dans le genre authentique, soit celui perçu par le ou la jeune comme étant le sien, est vécu comme une nécessité. Ceci passe par l'utilisation du prénom choisi, un « genrage » adéquat dans la vie quotidienne et l'accès aux traitements de confirmation de genre si désirés. Les jeunes dont le prénom choisi est utilisé dans un nombre plus élevé de contextes rapportent moins de comportements et pensées suicidaires (Russell *et al.*, 2018). Les traitements de confirmation de genre sont indiqués lors de dysphorie de genre, qui est définie comme une détresse significative envers son corps et/ou son identité sociale de genre. Or, ces traitements ne sont ni accessibles partout, ni dans les mêmes conditions. Les idéations suicidaires et les épisodes d'automutilation diminuent une fois que les jeunes ont accès à un traitement d'affirmation de genre dans une clinique trans affirmative (Owen-Smith *et al.*, 2018; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2018). L'étude de Bauer *et al.* (2013) montre d'ailleurs que le risque de tentative de suicide est le plus élevé au moment où les jeunes sont en attente de traitement.

Que vivent les jeunes dans des contextes où les traitements sont peu accessibles et où la question même des jeunes trans commence seulement à être posée socialement? Dans la recherche présentée ici, nous étudions l'expérience de jeunes trans et de leur famille vivant dans de telles circonstances et dont la parole n'a encore jamais été documentée.

Contexte de l'étude : les jeunes trans en Suisse francophone

En Suisse francophone, les jeunes trans et leurs familles ont commencé à être visibles et à faire des demandes de soins autour de 2015 (données non publiées de la Fondation Agnodice[1]). À ce jour et à notre connaissance, aucune étude n'a enquêté sur leurs expériences de vie et aucune information épidémiologique n'est disponible. Cependant, des services sociaux et de santé commencent à s'organiser. Au moment de la récolte des données pour notre recherche (2017-2018), les soins médicaux transaffirmatifs tels que les bloqueurs de puberté et l'hormonothérapie étaient difficilement accessibles pour les moins de 18 ans.

Afin de documenter cette situation émergente, un projet de recherche-action, en partenariat avec la Fondation Agnodice, a été développé. Le projet comprend une phase de collecte de données ainsi que des retours aux personnes concernées et une collaboration avec l'organisme tout au long du projet. Il a été réalisé de décembre 2017 à mai 2019. Pour la collecte des données, le protocole de recherche de la recherche *Stories of Gender Affirming Care: Learning from Children, Youth and Their Families*[2] a été adapté. Ce projet étudie les expériences des familles qui ont accès aux cliniques spécialisées pour hormonothérapie. La Suisse romande n'ayant pas, au moment de la recherche, ce type de cliniques, nous avons documenté l'expérience des familles à travers le réseau de la Fondation Agnodice. Un retour aux familles, ayant ou non participé à la recherche, a été fait en avril 2019 et a permis de valider nos résultats.

Méthode

Un protocole de recherche qualitatif s'inspirant de la théorie ancrée (Strauss et Corbin, 1990) et de la recherche participative, et respectant également le code d'éthique de l'Association professionnelle canadienne pour la santé transgenre (CPATH) pour la recherche auprès des personnes trans (Bauer *et al.*, 2019), a été utilisé. Pour rejoindre une population encore peu nombreuse[3], nous avons procédé à échantillonnage de convenance via la Fondation Agnodice, qui organise un groupe de soutien de parents, ainsi qu'à un échantillonnage en boule de neige. Nous avons mené 20 entrevues d'environ une heure et demie. Les dyades familiales, jeune et parent, étaient rencontrées séparément, 10 parents et 10 jeunes, lors d'entrevues semi-directives abordant le développement de l'identité trans et le dévoilement public, le vécu quotidien dans la famille, les expériences à l'école, les relations avec les pairs, la santé mentale et physique, l'accès versus les obstacles d'accès aux soins liés à la transition de genre, les rapports avec le monde de la santé en général et les besoins actuels. Les parents cisgenres ont été interviewés par une femme cisgenre d'âge moyen, et les jeunes ont rencontré une jeune femme trans adulte. Cette façon de procéder visait à faciliter le développement du dialogue et de la confiance.

Les données retranscrites sous forme de verbatims ont fait l'objet d'une analyse inductive. Une lecture en profondeur des entrevues, et un codage « ligne par ligne » a constitué la première étape de l'analyse qui a permis de ressortir des thèmes importants, tant dans les entrevues avec les jeunes qu'avec leurs parents. Une fois les thèmes identifiés dans les deux groupes d'entrevues, les données ont été mises en dialogue afin de permettre la comparaison constante entre, d'une part, les discours des jeunes entre eux et, d'autre part, ceux de chaque famille. Ces outils d'analyse s'inspirent de la théorie ancrée (Strauss et Corbin, 1990). Le logiciel MAXQDA a été utilisé pour structurer les données.

Participants et participantes

Les parents, la plupart manifestant une forte motivation à participer à l'étude, souhaitaient faire entendre leur voix. Leur objectif était d'améliorer une situation perçue comme étant problématique, avec trop peu d'aide et de ressources. Les jeunes souhaitaient aider les autres jeunes trans et faire évoluer la situation.

Les familles interrogées proviennent de milieux socio-économiques moyens à moyens supérieurs. La composition des environnements familiaux est diversifiée : 4 jeunes vivent avec leurs deux parents, 1 vit avec sa mère et son beau-père, 1 avec son père, 3 avec leur mère et 1 avec d'autres membres de sa famille. Sur les 10 jeunes, 6 ont des frères et soeurs. L'origine culturelle des familles est aussi assez représentative de la Suisse, avec 5 familles suisses et les autres composées d'au moins une personne provenant de la migration. Deux familles se décrivent comme religieuses pratiquantes. L'âge des parents varie entre 29 et 53 ans, la majorité ayant entre 45 et 53. L'âge des jeunes trans et des enfants trans varie entre 8 et 21 ans, avec un âge médian de 15 ans. Le genre autoidentifié des jeunes est majoritairement masculin, avec 3 garçons, 2 hommes trans, 2 *genderqueer*/hommes trans et 3 filles/femmes.

Dire l'envie de mourir

La thématique de la mort a été abordée avec tous les participants et participantes. Si les jeunes n'abordaient pas la question spontanément, il leur était directement demandé si elle ou il avait déjà eu des pensées suicidaires et commis des tentatives de suicide. Il en ressort qu'au moment de

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2020

http://doi.org/10.7202/1070338ar

l'entrevue six jeunes sur dix se débattent depuis de longs mois, voire des années, avec des pensées suicidaires et un état dépressif important. Pour la plupart, l'intensité de ce mal-être a motivé une ou plusieurs hospitalisations dans des établissements de soins psychiatriques. Deux ont fait plus d'une tentative de suicide et cela, dès la puberté vers 12-13 ans. Les jeunes parlent toutefois plus souvent en termes « d'envie de mourir » que de suicide et tous rapportent avoir déjà eu envie de mourir. Les pratiques autodestructives qui sont associées par les jeunes à une gestion de leur douleur psychique sont encore plus fréquentes. Huit jeunes rapportent des automutilations et expliquent que ces pratiques autoagressives servent à se calmer, à bloquer l'idée encore plus envahissante de la mort.

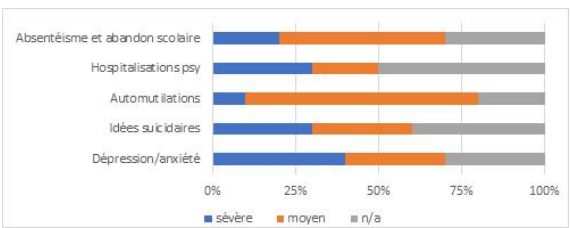
Les jeunes racontent tous et toutes que l'envie de mourir est, dans les moments de crise et de désespoir, une manière de gérer la douleur. Ainsi le rapporte Ken, qui lutte depuis ses 15 ans contre une profonde dépression associée à une dysphorie corporelle :

> Y'avait trop de douleur, c'était beaucoup trop de douleur pour moi, pour pouvoir vivre avec, ça devenait beaucoup beaucoup beaucoup trop, et j'arrivais plus à avancer chaque jour avec cette douleur au fond de moi. J'avais juste envie que ça arrête […] [Cette douleur] venait en partie, du fait, que je suis trans. Et que je me sentais pas du tout à l'aise avec mon corps. Je détestais mon corps, je me détestais.
>
> Il y a des moments où je ne me sens pas bien du tout, j'ai juste envie par exemple de… de… de couper ma poitrine quoi, enfin des trucs assez violents.
>
> Ken, 19 ans

La figure 1 résume les niveaux d'importance des principales problématiques de santé mentale, hospitalisations et absentéisme scolaire de l'échantillon.

Figure 1

Santé mentale, hospitalisations et absentéisme scolaire



Lorsque l'on recoupe les informations provenant des jeunes avec celles de leurs parents, il semble évident que ces souffrances psychiques sont au coeur des vies de ces familles. Dans les propos des parents, la peur du suicide, l'inquiétude en lien avec la dépression, les pratiques autodestructives

et le suicide prennent bien plus de place que la question du genre. D'ailleurs, dans certains cas, le dévoilement de soi comme personne trans est vécu comme un soulagement et une explication du mal-être plus que comme un problème en soi. Pour les parents, c'est enfin une compréhension qui suscite l'espoir d'une sortie du mal-être dans lequel ils ont vu leur enfant s'enfoncer au moment de la puberté.

Comprendre l'envie de mourir dans le parcours des ados trans

Le moment de la puberté est le plus souvent associé à l'apparition d'une dysphorie de genre ainsi que de très fréquents sentiments dépressifs et comportements autodestructeurs qui en sont les manifestations usuelles. La puberté est aussi, pour notre échantillon, un moment crucial dans le processus identitaire où le profond sentiment de la différence s'ancre dans une expérience corporelle du genre. Ainsi, comme l'explique Neto, au moment de la puberté, le mal-être s'installe. Il est accompagné d'un sentiment de compréhension de soi, mais aussi de profonds questionnements, doutes et même espoir que ce mal-être se dissipe. Puis, face à l'impossibilité de ne pas être trans et l'inévitabilité d'une acceptation de soi comme personne trans, les changements corporels sont envisagés. À mesure que le nouveau genre est investi et socialement exprimé, le mal-être avec le corps et son image sociale diminue. Le jeune se confirme alors progressivement dans la justesse de son parcours trans et comprend de manière expérientielle et phénoménologique qu'elle ou il est sur sa voie, car elle ou il éprouve moins de souffrance et moins d'envies de mourir. Elle ou il ressent que ça va mieux et que le seul choix possible est d'assumer sa transitude.

> Je pense, c'est vraiment au moment de la puberté vraiment où... J'ai vraiment commencé à sentir ce mal-être, quoi. (...) Et j'ai compris en fait aussi qu'avec les formes qui commencent à venir, j'aurais pas le corps que moi je me projetais.
>
> Et pis au début, ben j'ai cru que ça allait être comme ça. Au début, je me suis dit que j'allais me faire à ça [être une fille]. J'ai pas le choix, en fait. Je dois, je suis une fille, je suis née fille, je dois être comme ça et pis euh... Ben ouais, heureusement que j'ai réussi un peu à contrer cette idée. Parce que maintenant, je suis énormément mieux dans mon corps.
>
> Neto, 17 ans

Ces moments de profond désespoir et de souffrance psychologique sont associés principalement à deux circonstances en rapport avec le parcours de vie typique des jeunes trans et en lien avec l'affirmation identitaire : (a) la phase avant de pouvoir se révéler à soi-même et (b) celle dans laquelle l'accès aux traitements et aux transitions sociales et/ou médicales est difficile et perçu comme dénié. La première phase se situe généralement à la puberté, début de l'adolescence, moment où quelques jeunes n'ont pas encore réussi à saisir, accepter leur identité ou y mettre des mots. À ce moment-là, la dysphorie est souvent très forte, mais encore non associée explicitement à une identité trans. Les jeunes souffrent d'une douleur incompréhensible et donc particulièrement anxiogène. Comme le dit le père de Ken, qui se bat contre une très importante dépression depuis des années : « S'il avait su plus tôt, il serait allé moins loin, dans... le trou si on veut. Moins enfoncé, et il aurait moins à remonter aussi derrière. »

La deuxième phase suit le moment où les jeunes ont enfin osé en parler et demandent de l'aide pour leur transition. À ce moment-là, si l'accès aux traitements est difficile ou impossible, la dysphorie de genre s'amplifie. Ainsi, lorsqu'on demande à Raphaël (21 ans) ce qui le maintenait en

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2020

http://doi.org/10.7202/1070338ar

dépression, il répond simplement « parce qu'ils voulaient pas que je fasse l'opération ». Les jeunes perdent alors espoir et l'acte d'autoagression devient une manière d'extérioriser, de pleurer la souffrance et de l'apaiser.

> Comment décrire la douleur mentale… J'étais juste tellement pas bien que je me demandais ce que je pouvais faire pour aller mieux, en fait. J'avais… j'avais des pensées noires, je voulais pas mourir, mais je me sentais tellement pas bien que je me roulais en boule et j'pleurais, j'pleurais, j'pleurais, pis j'avais tellement plus envie de faire ça que j'ai fait ça [tentative de suicide].
>
> Kyo, 15 ans

Ces sentiments peuvent aussi s'amplifier en raison d'une « culpabilité », une « honte » d'être trans ou la peur de blesser son entourage. Nina (16 ans) pense qu'elle a « une dette de vie » reliée au fait d'être différente, ce qu'elle associe à l'envie de mourir.

> C'est à la fois une envie d'arrêter de souffrir, à la fois une idée un peu comme si euh, comment dire… comme si j'avais une sorte de dette et que…, que le seul moyen de la payer c'était en souffrance. […] c'est des fois ce que je pense quand j'ai cette envie de mourir.

Dans le même sens, Alessia (15 ans) parle de faute, « parce que je croyais que c'était ma faute…, tout ce qui m'était arrivé [harcèlement, discorde parentale]. C'est ça, je croyais que c'était ma faute, alors je me punissais ».

Se révéler à soi, aux autres et obtenir du soutien

Le fait de se révéler à soi-même est rapporté comme le premier pas nécessaire pour sortir de la douleur psychique. Les jeunes associent ces moments à une importante diminution de leur mal-être et au début de l'atténuation des envies de mourir.

> Le jour où vraiment, en fait, moi, le jour où je me suis fait mon *coming out* à moi-même, enfin où je me suis dit ok, t'es trans, vraiment, je me suis dit ça. Enfin, je sais maintenant que je suis comme ça, soit j'affronte, soit… Et je me disais j'ai juste pas la force, je pensais pas avoir la force d'assumer ça, de vivre ça, mais, au final je suis très content du chemin que j'ai fait enfin, juste d'avoir pris le taureau par les cornes, juste d'être arrivé où j'en suis.
>
> Neto, 17 ans

La possibilité d'avoir l'écoute et le soutien des personnes significatives est essentielle. Comme le dit Elio, parler aux personnes significatives a comme effet de se libérer d'un poids, d'accepter son parcours trans et de commencer à s'aimer.

> Ça m'a libéré. Du coup, enfin, j'ai beaucoup beaucoup pleuré. Et j'ai beaucoup… j'me suis attaché à moi-même en même temps de le dire, quoi. Ça m'a fait réaliser que… que c'était vrai, que c'était là et que c'était pas juste quelque chose qui… qui… qui trottait dans ma tête, quoi.
>
> Elio, 18 ans

Par ailleurs, le soutien parental est explicitement identifié par les jeunes comme un facteur fondamental de protection. Elles et ils expliquent comment les réactions des parents et de la famille ont un impact direct sur leur vécu. Les parents cheminent dans des phases variables d'acceptation et de soutien; or, les jeunes sont sensibles à ces variations et aux dissensions familiales qui peuvent en résulter. Comme le dit Kyo :

> - Alors, ma maman, elle m'a soutenu tout de suite, elle a commencé par m'appeler par mon prénom de garçon, et cetera. Elle m'a tout de suite aidé et puis, voilà, après elle a arrêté parce que le psy disait qu'il fallait pas, puis, après, elle a recommencé, puis elle a arrêté parce que mon père voulait pas puis… (ton de découragement) Voilà, ça été très long.
> - Puis ça, t'as vécu comment?
> - Très dur! À chaque fois qu'elle arrêtait, je me sentais tout seul! Vraiment tout seul face au monde! Et puis, ça me décourageait totalement.
>
> Kyo, 15 ans

Mais la protection n'est pas dirigée seulement des parents vers leurs enfants; les jeunes se sentent également responsables envers les personnes significatives de leur entourage. Lorsqu'ils reconnaissent l'importance de ces liens, ils rapportent retenir leurs envies de mourir pour ne pas les blesser.

> J'avais envie, mais je l'ai pas fait parce que j'ai pensé un peu après à ce que je laissais derrière moi, j'avais pas envie de rendre les gens tristes en fait, ma famille, j'avais pas envie qu'ils soient tristes à cause de moi.
>
> Richard, 14 ans

Finalement, l'estime de soi est rapportée comme facteur de protection. Ainsi Elio, qui a fait le cheminement d'affirmation de genre, qui s'accepte et se sent accepté, nous dit :

> J'y ai songé, tout ça [au suicide]. Je sais que j'allais jamais le faire. Parce que j'avais quand même une estime de moi trop forte pour le faire.
>
> Elio, 18 ans

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2020

http://doi.org/10.7202/1070338ar

Frontières
Nécropolitique, finitude et genres trans, 31(2) 2020

Envie de mourir et parcours de combattant contre les structures de soin non adaptées

L'accès aux traitements de confirmation de genre est désiré par tout l'échantillon âgé de 12 ans et plus, mais cette accessibilité est perçue comme un processus trop long et compliqué. Les jeunes souhaitent des traitements hormonaux, les jeunes trans masculins souhaitent une chirurgie du torse et les filles trans souhaitent des chirurgies génitales. Mais dans le contexte suisse où les traitements médicaux de retard de puberté n'ont pas été une option pour la plupart de ces jeunes, où l'attente pour avoir accès à l'hormonothérapie après la puberté est longue et semée d'une démultiplication de tests, le découragement est très présent. Le manque d'accès aux soins de confirmation de genre et des mésadaptations du système médical apparaissent comme une explication plausible et raisonnable du désespoir des jeunes et de leur suicidalité.

De plus, quand les jeunes vont mal, font des tentatives de suicide ou vivent des épisodes de grave dépression avec risque suicidaires, elles ou ils se retrouvent alors dans des institutions psychiatriques. Or, c'est précisément dans ces lieux que des expériences de maltraitance ont été les plus souvent rapportées. Rappelons que la moitié des jeunes de notre échantillon s'est retrouvée en milieu hospitalier au moins une fois pour dépression et conduites autodestructrices comme l'automutilation, les troubles alimentaires, les menaces ou tentatives de suicide. L'expérience lors des hospitalisations en institutions psychiatriques est très négative. Il y a consensus entre les récits des jeunes et des parents qui rapportent : des expériences répétées de mégenrage volontaire dans les soins et les milieux de vie, le déni de l'identité trans et des besoins spécifiques qui y sont reliés, une méconnaissance et incompréhension des problématiques trans, le refus de parler de la transgenralité dans les suivis psychothérapeutiques ou la croyance du personnel soignant que l'identité de genre est une conséquence des difficultés psychiques (et non l'inverse, selon les recherches récentes). Ces situations ont augmenté les pensées suicidaires et, dans certains cas, les parents ont dû intervenir et menacer de retirer leurs enfants. L'expérience de Ken est représentative des propos recueillis :

> Pendant un mois et demi environ, j'ai dû me battre, chaque fois que je voyais la psychiatre, chaque jour, pour pouvoir parler de ça, parce qu'ils ne voulaient pas que j'en parle. À chaque fois que je m'énervais et je leur disais vous voyez pas que ça va m'aider? Pourquoi, pourquoi vous arrêtez alors qu'avant ils m'écoutaient et ils faisaient en sorte que... Chaque fois je leur disais mais ça va m'aider, ça va m'aider, ça va m'aider. Et puis finalement, ils pensaient que je faisais un caprice, puis chaque fois que je m'énervais, ils me disaient « Calmez-vous, madame ». Et puis moi je pétais encore plus un câble! C'était horrible, j'en avais marre! C'était un moment où j'avais encore plus d'idées suicidaires qu'avant. Ça m'a fait replonger, en fait, ce qu'ils ont fait. J'avais envie, j'avais envie de, de... Le truc, c'est que j'en avais tellement marre de la réalité, et de ce que… Je voulais m'arracher les yeux, je voulais me les percer et tout, je voulais à nouveau me tuer. C'était horrible, c'était horrible!
>
> Ken, 19 ans

Les parents corroborent les propos des jeunes et s'inquiètent. Ils observent que ces attitudes ont des effets négatifs sur la santé de leurs enfants, alors qu'ils attendaient des hospitalisations en psychiatrie une amélioration de la santé mentale de leurs jeunes. Les parents soulèvent le manque de formation du personnel soignant et les potentiels dangers, en conséquence, pour le bien-être de leur enfant.

> La colère, il… il la retourne contre lui. Parce que y'a eu… deux, enfin, un séjour où il était justement en psychiatrie, il y avait une des infirmières qui… persistait et pis, vraiment pour moi c'était de la malveillance parce qu'elle lui disait bonjour, Mademoiselle. Alors qu'elle aurait très bien pu dire bonjour tout court. Et euh… en fait, bah voilà, il y a plusieurs fois où il a mis des coups de poing dans les murs… Enfin, il l'a pas dit sur le moment […] ça l'affectait beaucoup beaucoup… et puis à un moment donné, j'ai dit j'le ramène [à la maison] parce qu'il est en dépression, mais si c'est pour que ça s'aggrave, parce qu'au final… voilà, vous l'appelez mademoiselle ou j'sais pas quoi, moi, j'signe une décharge et puis il sort… j'vais dire, ç'a pas de sens, quoi.
>
> Père de Richard, 14 ans

L'attitude du personnel soignant, notamment dans le domaine de la psychiatrie, est identifiée par les participants et participantes comme une des sources principales de désespoir et un facteur nuisant à l'accès aux soins. La persistance, dans ce domaine, de théories pathologisantes sur la transidentité et le maintien de pratiques maltraitantes sont pointés du doigt par les familles. Les jeunes se sentent parfois obligés de raconter des récits qui ne leur correspondent pas pour pouvoir obtenir de la considération, en tant que personnes trans, et avoir accès aux traitements.

> - C'est quoi qui est le plus dur et c'est quoi qui va mieux?
> - Se battre contre les médecins pour avoir, pour prouver qu'on est trans… […]
> - Ok, donc tu me dis que… au fond, t'es obligé de faire semblant de ressembler à un stéréotype masculin pour que ça marche?
> - Voilà, c'est ça! Je pense que la plupart des FTM te le diront mais, on a tous eu des poupées et on a aimé jouer avec. Mais ça n'empêche qu'on est des garçons quand même.
> - Est-ce que vous vous sentez obligé de mentir?
> - Oui. Pour être sûr que, qu'il y ait pas de questionnement du médecin qui dise « Ah donc si vous aviez ça… Ça veut dire que vous l'êtes pas, donc que vous aurez pas le traitement, et cetera ».
>
> Kyo, 15 ans

Comprendre l'envie de mourir en contexte d'oppression développementale

L'expérience des premières familles suisses ayant des jeunes qui font leur dévoilement public comme personnes trans et qui demandent des traitements pour la dysphorie de genre semble difficile. Ces jeunes et leurs familles font face à de nombreuses sources d'oppression. Les jeunes, dans une phase développementale de construction de soi, réagissent à cette situation par une profonde détresse psychique, le désespoir et, souvent, l'envie de mourir. Cette envie de mourir est perçue comme une solution à la charge insurmontable qui est la leur : se penser comme une personne trans, oser le dire, affronter les autres, se battre contre les médecins pour obtenir un peu d'écoute, se battre encore pour être correctement genré ou genrée, ne pas avoir accès à temps aux traitements qui sont accessibles ailleurs.

Nos données corroborent les travaux sur le développement des identités trans, sur la place qu'occupe la puberté comme moment d'intense souffrance, sur l'importance du soutien et de la reconnaissance et sur la nécessité de l'accès aux soins (Turban et Ehrensaft, 2018; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2018). De manière générale, et non spécifiquement pour les jeunes trans, le développement de l'identité, comme le proposent Kunnen et Bosma (2006), est un processus relationnel et donc aussi dynamique. Si l'on applique cette idée au vécu spécifique des jeunes trans, il apparait que leur développement identitaire se construit dans des situations d'oppressions continuelles qui les

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2020

http://doi.org/10.7202/1070338ar

nient à plusieurs niveaux. Ces oppressions, de la non reconnaissance et invisibilité (Namaste, 2000) au mégenrage en passant par les discriminations directes et les obstacles dans l'accès aux soins, pavent les parcours des jeunes trans qui vivent, comme en Suisse, dans un environnement qui les a niés dans leur possibilité d'existence et où l'accès aux soins à temps, c'est-à-dire à la puberté stade de Tanner 2 (Turban et Ehrensaft, 2018), est encore un enjeu. Elles se cumulent dans une construction dynamique et profondément relationnelle, car le manque de reconnaissance dans le regard des autres est ce que les jeunes vivent lorsqu'ils sont mégenrés, sans accès aux bloqueurs de puberté, ils risquent de continuer à l'être.

À l'opposé, c'est dans la qualité des relations que les jeunes trouvent un chemin pour ne plus avoir envie de mourir. L'attachement est fondamental, un lien des autres avec soi qui est expérimenté dans le soutien familial, de soi avec les autres et, finalement, de soi avec soi qui s'exprime dans un sentiment positif et d'estime de soi. Comprendre l'envie de mourir chez les jeunes trans nous semble donc nécessiter de penser les jeunes dans les possibilités qui leur sont offertes de construire des liens forts et de pouvoir actualiser leur identité de genre dans le réel, soit par l'acceptation de leur identité par l'entourage et l'accès aux traitements de confirmation de genre lorsqu'ils sont désirés (Medico et Pullen Sansfaçon, 2017).

Notes

[1] La Fondation Agnodice oeuvre depuis 12 ans dans la coordination de réseaux des personnels professionnels; elle offre des formations, un portail d'accès à l'information, des groupes de soutien et défense des droits des personnes trans. Elle a réorienté en 2016 ses actions pour servir la clientèle des jeunes et de leur famille.

[2] Pullen Sansfaçon *et al.*, recherche subventionnée par les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2016-2019.

[3] Au moment de l'étude nous estimons que notre échantillon représente environ 1/6 des familles de la région qui sont conscientes d'avoir un ou une jeune trans.

Bibliographie

BAUER, G., A. DEVOR, M. HEINZ, Z. MARSHALL, A. PULLEN SANSFAÇON et J. PYNE pour le comité de la CPATH (2019). *Code d'éthique de la CPATH en matière de recherche concernant les personnes trans et les communautés*, Canada, Association professionnelle canadienne pour la santé transgenre.doi : https://doi.org/10.7202/1046497ar

BAUER, G. R., J. PYNE, M. CARON FRANCINO et R. HAMMOND (2013). « La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario : implications en travail social et en justice sociale », *Service social*, vol. 59, nº 1, p. 35-62.

CONNOLLY, M. D., M. J. ZERVOS, C. J. BARONE II, C. C. JOHNSON et C. L. M. JOSEPH (2016). « The mental health of transgender youth: Advances in understanding », *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, nº 5, p. 489-495.doi : https://doi.org/10.7202/1017478ar

DURWOOD, L., K. A. MCLAUGHLIN et K. R. OLSON (2017). « Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 56, nº 2, p. 116-123.doi : https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012

ESPELAGE, D. L., G. J. MERRIN et T. HATCHEL (2018). « Peer victimization and dating violence among LGBTQ youth: The impact of school violence and crime on mental health outcomes », *Youth Violence and Juvenile Justice*, vol. 16, nº 2, p. 156-173.doi : https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016

GOWER, A. L., G. N. RIDER, C. BROWN, B. J. MCMORRIS, E. COLEMAN, L. A. TALIAFERR et M. E. EISENBERG (2018). « Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 55, nº 6, p. 787-794.doi : https://doi.org/10.1177/1541204016680408

GROSSMAN, A. H., J. Y. PARK et S. T. RUSSELL (2016). « Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide », *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, vol. 20, nº 4, p. 329-349.doi : https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030

HOLT, V., E. SKAGERBERG et M. DUNSFORD (2016). « Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 21, p. 108-118.doi : https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1207581

JOHNS, M. M., O. BELTRAN, H. L. ARMSTRONG, P. E. JAYNE et L. C. BARRIOS (2018). « Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level », *The Journal of Primary Prevention*, vol. 39, nº 3, p. 263-301. doi : https://doi.org/10.1177/1359104514558431

KATZ-WISE, S. L., D. EHRENSAFT, R. VETTERS, M. FORCIER et S. B. AUSTIN (2018). « Family functioning and mental health of transgender and gender-nonconforming youth in the trans teen and family narratives project », *The Journal of Sex Research*, vol. 55, nº 4-5, p. 582-590.doi : https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9

KLEIN, A. et S. A. GOLUB (2016). « Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults », *LGBT Health*, vol. 3, nº 3, p. 193-199.doi : https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291

KUNNEN, S. E. et A. H. BOSMA (2006). « Le développement de l'identité : un processus relationnel et dynamique », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, vol. 35, nº 2, p. 183-203.doi : https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111

MEDICO, D. et A. PULLEN SANSFAÇON (2017). « Pour des interventions anti-oppressives auprès des jeunes trans : nécessités sociales, évidences scientifiques et recommandations issues de la pratique », *Service social*, vol. 63, nº 2, p. 21-34.doi : https://doi.org/10.7202/1046497ar

MILLER, A. B., C. ESPOSITO-SMYTHERS et R. N. LEICHTWEIS (2015). « Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts », *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, nº 3, p. 286-292.doi : https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.265

NAMASTE, V. (2000). *Invisible Lives. The Erasure of Transsexual and Transgendered People*, Chicago, University of Chicago Press.

OLSON, K. R., L. DURWOOD, M. DEMEULES et K. A. MCLAUGHLIN (2016). « Mental health of transgender children who are supported in their identities », *Pediatrics*, vol. 137, nº 3, (https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223) .doi : https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223

OWEN-SMITH, A. A., J. GERTH, R. C. SINEATH, J. BARZILAY, T. A. BECERRA-CULQUI, D. GETAHUN et R. NASH (2018). « Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 15, nº 4, p. 591-600.doi : https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017

PEREZ-BRUMER, A., J. K. DAY, S. T. RUSSELL et M. L. HATZENBUEHLER (2017). « Prevalence and correlates of suicidal ideation among transgender youth in California: Findings from a representative, population-based sample of high school students », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 56, nº 9, p. 739-746.doi : https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.010

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2020

http://doi.org/10.7202/1070338ar

PULLEN SANSFAÇON, A., W. HÉBERT, E. OU JIN LEE, M. FADDOUL, D. TOURKI et C. BELLOT (2018). « Digging beneath the surface: Results from stage one of a qualitative analysis of factors influencing the well-being of trans youth in Quebec », *InternationalJournal of Transgenderism*, vol. 19, nº 2, p. 184-202.doi : https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1446066

REISNER, S. L., E. A. GREYTAK, J. T. PARSONS et M. L. YBARRA (2015). « Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity », *The Journal of Sex Research*, vol. 52, nº 3, p. 243-256.doi : https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321

RIMES, K. A., N. GOODSHIP, G. USSHER, D. BAKER et E. WEST (2019). « Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences », *International Journal of Transgenderism*, vol. 20, nº 2-3, p. 230-240.doi : https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1370627

RIVERS, I., C. GONZALEZ, N. NODIN, E. PEEL et A. TYLER (2018). « LGBT people and suicidality in youth: A qualitative study of perceptions of risk and protective circumstances », *Social Science & Medicine*, vol. 212, p. 1-8.doi : https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.040

RUSSELL, S. T., A. M. POLLITT, G. LI et A. H. GROSSMAN (2018). « Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth », *Journal of Adolescent Health*, vol. 63, nº 4, p. 503-505.doi : https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003

STRAUSS, A. et J. CORBIN (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park (CA), Sage.

STRAUSS, P., A. COOK, S. WINTER, V. WATSON, D. WRIGHT TOUSSAINT et A. LIN (2017). *Trans Pathways. The Mental Health Experiences and Care Pathways of Trans Young People*, Perth (Australie), Telethon Kids Institute.

TALIAFERRO, L. A., B. J. MCMORRIS et M. E. EISENBERG (2018). « Connections that moderate risk of non-suicidal self-injury among transgender and gender non-conforming youth », *Psychiatry Research*, vol. 268, p. 65-67.doi : https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.068

TALIAFERRO, L. A., B. J. MCMORRIS, G. N. RIDER et M. E. EISENBERG (2019). « Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth », *Archives of Suicide Research*, vol. 23, nº 2, p. 203-221.doi : https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639

TURBAN, J. L. et D. EHRENSAFT (2018). « Research review: Gender identity in youth: Treatment paradigms and controversies », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 59, nº 12, p. 1228-1243.doi : https://doi.org/10.1111/jcpp.12833

VEALE, J. F., P. TRACEY, R. TRAVERS et E. M. SAEWYC (2017). « Enacted stigma, mental health, and protective factors among transgender youth in Canada », *Transgender Health*, vol. 2, nº 1, p. 207-216.doi : https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0031

Date de dépôt : 6 janvier 2026

RAPPORT DE LA MINORITÉ SUR LE PL 13324

Rapport de Yves Nidegger

La présentation du PL 13324 devant la commission des Droits de l'Homme le 21 septembre 2023 par son auteur, M. Lionel Dugerdil, a permis d'initier un long processus par lequel les membres de cette commission ont pu être progressivement déniaisés en découvrant, au fil des auditions et des débats qui se sont égrenés sur une trentaine de mois, la réalité tragiquement mercantile d'une expérimentation d'ingénierie sociale à laquelle une génération de boomers déboussolés soumet en ce moment sa propre progéniture en l'exposant à la propagande sectaire et néanmoins subventionnée des adeptes de la dernière théorie déjantée en vogue, celle de la fluidité du genre, incitant très concrètement des mineurs encore en recherche de leur personnalité à envisager la modification de leur identité sexuelle dans le regard de l'autre en troquant les stéréotypes d'un genre pour ceux du genre opposé au moyen d'une altération hormonale, puis chirurgicale de leur apparence physique.

Des zélotes de cet activisme subventionné ont bien évidemment été entendus, mais aussi des quadras transitionnés des deux genres, aujourd'hui repentis, venus dire à la commission que la recherche de leur « vrai moi » par le truchement du bistouri leur apparaissait avec le recul du temps n'avoir été qu'un chemin de fuite de leur propre identité, mais encore et surtout des médecins. Notamment une endocrinologue, venue expliquer à la commission les impacts irrémédiables des bloqueurs de pubertés sur la formation du squelette intervenant au moment de l'adolescence, et celui des hormones en général, molécules messagères produites par le système endocrinien qui gouverne l'ensemble des fonctions physiologiques et influencent l'humeur et les prises de décisions. Venus rendre compte également de l'intimidation exercée par certains psychiatres activistes sur leurs confrères d'autres disciplines au nom d'un prétendu risque accru de suicide en cas de prise en compte des contre-indications associées à des traitements qu'ils cautionnent sans que ceux-ci ne relèvent en rien de la psychiatrie.

Les interventions chirurgicales dont il est question comportent pour les femmes (68% des cas) : la mastectomie (ablation des seins), l'hystérectomie (ablation de l'utérus), la salpingo-ovariectomie (ablation des ovaires et des

trompes de Fallope), la scrotoplastie (création d'une bourse), la phalloplastie (création d'un pénis à partir de tissus prélevés sur d'autres parties du corps), la vaginoplastie réversée (fermeture du vagin pour créer un péritos), ainsi que la chirurgie de masculinisation faciale (réduction de la mâchoire, augmentation du menton). Et pour les hommes (32% des cas) : l'orchidectomie (ablation des testicules), la pénectomie (ablation du pénis), la clitoroplastie (création d'un clitoris à partir du gland), la labioplastie (création des grandes et petites lèvres), la vaginoplastie (création d'un vagin à partir de la peau du pénis, des grandes lèvres et du clitoris), l'augmentation mammaire (implants), ainsi que les chirurgies de féminisation faciale (réduction de la pomme d'Adam) et chirurgie de féminisation vocale. Un état de chirurgie permanent qui s'écoule sur des années, voire des décennies, accompagné de prise d'hormones à vie, ainsi que d'un suivi psychologique de même ampleur.

On est en droit de douter que, donné par une personne mineure, le consentement déclenchant un engrenage d'une telle ampleur puisse être considéré a priori comme valable et éclairé.

Selon les chiffres de 2022 (les derniers qui soient disponibles) publiés en octobre 2023 par l'Office fédéral de la statistique, le nombre des personnes ayant été hospitalisées dans un des 5 hôpitaux suisses dédiés pour une ou plusieurs opérations de réassignation atteignait déjà 486.

En Scandinavie, premiers pays au monde à reconnaître la dysphorie de genre et à la traiter par opérations, ainsi qu'en Angleterre, les autorités sont confrontées simultanément à une explosion des demandes, ainsi qu'à des doutes très sérieux, grâce au recul, quant au bénéfice très controversé de ces interventions, le nombre des suicides et des regrets après opération est alarmant. Dans ces pays, le législateur fait machine arrière. Chez nos voisins français, une loi du Sénat est à l'étude proposant l'interdiction des interventions de réassignation/conversion sexuelle destinées aux mineurs.

A rebours de cette tendance générale, le département genevois de la santé, n'a rien eu de plus pressant que de proposer au Grand Conseil de punir d'une amende jusqu'à 100 000 francs tout professionnel, notamment de la santé, qui tenterait de dissuader un patient de subir une intervention de réassignation/conversion sexuelle (PL 13327 LIMOIG). A teneur de l'exposé des motifs accompagnant ce projet d'inspiration totalitaire, cette peine serait également applicable aux parents qui tenteraient de décourager leur enfant mineur d'y recourir.

Si la majorité de la commission des Droits de l'Homme a fort heureusement rejeté le PL 13327, cette même majorité – parfaitement consciente des enjeux au demeurant – n'a pas eu le courage de tirer les conclusions qui découlent de

ses propres travaux et qui auraient dû la conduire à accepter le PL 13324 dont l'objet est imprégné du seul principe de précaution et frappé au coin du bon sens le plus élémentaire : protéger les mineurs contre les expérimentations hasardeuses dont les Etats européens qui nous ont précédés sur ce terrain glissant sont déjà en train de revenir, à la suite de décisions de justice augurant de la multiplication d'actions judiciaires dirigées contre des hôpitaux d'Etat lancées en réparation de leur dommage par des victimes mineures au moment des faits et faisant valoir, à juste titre, que leur consentement n'était ni valable ni éclairé ; protéger l'Etat de Genève et ses contribuables de telles actions à venir.

La minorité vous invite dès lors à accepter le PL 13324.

Date de dépôt : 6 janvier 2026

RAPPORT DE LA MINORITÉ SUR LA M 3010

Rapport de Céline Zuber-Roy

La motion 3010 a été déposée par le groupe PLR dans un contexte marqué par une montée des inquiétudes exprimées tant par des parents que par la société en général, ainsi que par certains professionnels de la santé. Ces inquiétudes portent à la fois sur la prise en charge médicale de jeunes en situation de mal-être lié à leur identité de genre, sur la pression ressentie par certains praticiens, ainsi que sur le risque de décisions médicales prises de manière trop rapide ou insuffisamment encadrée dans une période particulièrement sensible de la vie, qu'est l'adolescence.

Contrairement à ce qui a parfois été avancé lors des débats, la motion 3010 ne vise ni à restreindre la liberté individuelle des personnes concernées, ni à remettre en cause l'accès à des soins médicaux appropriés. Elle poursuit au contraire un objectif clair et équilibré : apaiser le débat, en renforçant la confiance dans les pratiques médicales, en garantissant la protection des mineurs et en respectant le rôle des parents, tout en laissant aux médecins la latitude nécessaire à l'exercice responsable de leur profession.

Le choix de la forme de la motion n'est pas anodin. Moins contraignante qu'un projet de loi, elle permet d'adresser un message politique clair au Conseil d'Etat et aux institutions concernées, tout en conservant la souplesse indispensable à un domaine médical complexe, évolutif et encore largement marqué par des incertitudes scientifiques.

Des auditions éclairantes, en particulier celle du Comité national d'éthique

Les auditions menées en commission ont largement confirmé la pertinence de la démarche portée par les motionnaires. L'audition de la professeure Samia Hurst, présentant la position du Comité national d'éthique (CNE), a été particulièrement éclairante. Le CNE recommande en premier lieu que l'accès à un accompagnement interdisciplinaire de qualité soit garanti, ce qui correspond à une des invites de la motion 3010.

Le CNE souligne également l'importance de dépasser les stéréotypes et les rôles de genre définis de manière restrictive, afin de réduire la souffrance des personnes concernées. Cette dimension sociétale, trop souvent absente du débat, justifie pleinement l'ajout d'une invite visant à lutter activement contre les stéréotypes de genre, afin que chacun et chacune puisse vivre librement sans se sentir contraint de correspondre à des normes sociales rigides. En effet, la minorité est convaincue qu'il est préférable de vivre dans une société où chacun peut vivre librement, sans se sentir obligé de correspondre à des normes rigides, plutôt que dans une société où certains pensent devoir engager une transition médicale pour être acceptés.

Le CNE invite par ailleurs à identifier et combler les lacunes de la recherche existante. C'est exactement l'objectif de la dernière invite de la motion 3010.

Finalement, le CNE constate que les scandales et polémiques entourant ce sujet nuisent directement aux personnes concernées et compromettent le développement d'un suivi médical fondé sur les preuves. Ces constats plaident clairement en faveur de l'acceptation de la motion qui permettra d'apporter une réponse mesurée, responsable et rassurante à un débat sociétal particulièrement sensible.

Une pratique hospitalière convaincante, mais des dérives à prévenir dans la médecine de ville

Les travaux de la commission ont permis de constater que la pratique actuellement mise en œuvre aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) repose sur des bases solides et prudentes. La prise en charge au sein des HUG se fait par une large équipe pluridisciplinaire. Le parcours de mineurs s'identifiant comme transgenres et demandant un traitement médical est clairement balisé et implique nécessairement plusieurs mois d'attente et l'accord des représentants légaux. De plus, il se termine obligatoirement par la validation par un comité interdisciplinaire, dont le rôle est de s'assurer que les bénéfices attendus sont clairement supérieurs aux risques. Cette pratique a rassuré la minorité et l'a confortée dans la nécessité d'adopter la motion 3010.

En effet, les travaux de commission ont également mis en lumière des situations problématiques dans la pratique de la médecine privée, où certaines prises en charge auraient été menées par une seule personne sur des périodes très courtes. L'objectif de la motion est précisément d'éviter de telles dérives, en favorisant une pluridisciplinarité systématique et en orientant prioritairement les jeunes vers les HUG.

Le délai de réflexion : un principe de prudence

L'un des points les plus discutés de la motion a été l'instauration d'un délai minimal de réflexion de 18 mois avant le début d'une intervention de réassignation sexuelle. Ce délai a été contesté en particulier par la gauche, au nom de l'urgence ressentie par certains jeunes.

Or, les auditions ont montré que ce délai n'a rien d'excessif. A titre de comparaison, à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, le délai moyen entre un premier entretien clinique et un premier entretien endocrinologique est d'environ 24 mois. Les professionnels de la Fondation Agnodice ont mis en évidence un délai moyen de 18 mois.

La motion ne vise pas à nier l'évaluation individuelle ni à interdire toute exception. Elle fixe un objectif minimal de prudence, dans une période de la vie marquée par des questionnements profonds et une vulnérabilité accrue. Les cas réellement urgents doivent rester possibles, mais ils doivent être clairement justifiés et demeurer l'exception. La forme de la motion permet précisément de maintenir cette souplesse, tout en évitant une dynamique de « réaction rapide » qui a légitimement inquiété une partie de la commission.

La protection des mineurs et le rôle des parents

La minorité est profondément attachée à la liberté individuelle de chacun de pouvoir choisir qui il est et comment il souhaite vivre et s'exprimer. Mais cette liberté ne saurait être dissociée de la responsabilité collective de protéger les mineurs, ni du respect du rôle des parents. La minorité est convaincue que, dans l'immense majorité des cas, les parents agissent dans l'intérêt de leurs enfants. Maintenir leur implication dans le processus et garantir leur consentement constitue une protection supplémentaire pour les jeunes concernés.

Contrairement à des approches rigides ou prohibitives, le PLR estime qu'un moratoire ou une interdiction générale poserait davantage de problèmes qu'il n'en résoudrait. La motion 3010 propose une voie médiane : ni précipitation, ni interdiction, mais un accompagnement prudent, informé et pluridisciplinaire, avec les parents intégrés au processus. Le consentement parental, bien que régi par le droit fédéral, constitue ici un message politique clair : les décisions concernant des traitements potentiellement irréversibles doivent se faire avec les parents, et non contre eux ou dans leur dos.

Amendements de la minorité

Afin de tenir compte des auditions et des travaux de la commission, la minorité propose les amendements suivants à la motion 3010 (les invites d'origine non modifiées figurant en italique) :

- *à lutter activement contre toute forme de discrimination de personnes transgenres, qui subissent des défis significatifs et spécifiques, tels que les infractions motivées par la haine, le harcèlement, les violences physiques et psychologiques, ou concernant l'accès à l'emploi, au logement et aux services de santé ;*
- **à lutter activement contre les stéréotypes de genre, afin que chaque personne puisse vivre librement, quel que soit son genre.**
- **à s'assurer avant toute intervention de réassignation sexuelle (IRS) de fournir une information complète et objective incluant les risques encourus et des résultats attendus afin d'obtenir un réel consentement libre et éclairé.**
- à exiger que la durée d'un processus précédant une **IRS** soit au moins de 18 mois entre le début de la demande médicale formelle de la procédure et la première prise de médicaments ;
- à imposer un encadrement pluridisciplinaire constitué au minimum d'un ou une généraliste, endocrinologue et **psychothérapeute** ;
- à intégrer les parents dans le processus **de transition** ~~pour les IRS concernant des jeunes de moins de 18 ans~~ et à obtenir leur consentement avant le début de l'IRS ou à défaut celui d'un juge ;
- ~~à prendre des mesures pour assurer qu'une IRS ne soit plus considérée comme « off-label », mais qu'elle puisse bénéficier de recherches approfondies afin d'empêcher que les traitements actuels ne soient plus « expérimentaux » ;~~
- **à mettre en place des projets de recherche,** notamment sur les conséquences détaillées sur les bloqueurs de puberté et les bloqueurs d'hormones – afin d'aboutir à un protocole approuvé par une commission d'éthique et selon les procédures de Swissethics.

Conclusion

La minorité estime que la motion 3010, telle qu'amendée, offre une réponse équilibrée, responsable et pragmatique à une problématique complexe. Elle ne sacrifie ni les jeunes concernés, ni la liberté individuelle, ni la qualité des soins.

Elle pose un cadre clair fondé sur la prudence, la protection des mineurs et la confiance dans la médecine, lorsqu'elle est exercée de manière encadrée et collégiale.

Pour ces raisons, la minorité vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à soutenir ses amendements, ainsi que la motion 3010 ainsi amendée.

Date de dépôt : 6 janvier 2026

RAPPORT DE LA MINORITÉ SUR LA M 3137

Rapport de Yves Nidegger

La Motion 3137 demandant un moratoire sur les interventions de réassignation/conversion sexuelle destinées à des mineurs a été déposée le 16 juin 2025 alors que la commission des Droits de l'Homme planchait depuis près de 2 ans déjà sur le PL 13324 qui en demande l'interdiction.

Au fil des auditions, les membres de la commission des Droits de l'Homme avaient été largement déniaisés à propos des zones d'ombre de l'expérimentation d'ingénierie sociale à laquelle une génération de boomers déboussolés soumet sa propre progéniture en l'exposant à la propagande sectaire et néanmoins subventionnée des adeptes de la dernière théorie déjantée en vogue, celle de la fluidité du genre, incitant très concrètement des mineurs encore en recherche de leur personnalité à envisager la modification de leur identité sexuelle dans le regard de l'autre en troquant les stéréotypes d'un genre pour ceux du genre opposé au moyen d'une altération hormonale, puis chirurgicale de leur apparence physique.

La commission restait toutefois divisée à propos de la capacité du canton à légiférer en cette matière, dès lors que celle-ci touche au domaine de la santé publique, régie par le droit fédéral.

Alors que les débats s'éternisaient, le responsable du pilotage de l'Unité d'urgence de l'Office médico-pédagogique du canton de Genève semblait persister à cautionner, sinon à ordonner, des mastectomies et l'administration off label de testostérone à des adolescentes mineures par le biais d'attestations rédigées sous sa responsabilité de psychiatre confirmant la capacité de ces adolescentes à consentir valablement aux traitements précités.

D'où le dépôt d'une motion demandant un moratoire.

Il résulte en effet des auditions que certains psychiatres-activistes exercent une forme d'intimidation sur leurs confrères d'autres disciplines au nom d'un prétendu risque accru de suicide en cas de prise en compte des contre-indications associées à des traitements qu'ils cautionnent sans que ceux-ci ne relèvent en rien de la psychiatrie. Selon les endocrinologues, les bloqueurs de pubertés ont en effet un impact irréversible sur le développement du squelette

dont la formation intervient en grande partie au moment de l'adolescence. Les hormones en général, molécules messagères produites par le système endocrinien, gouvernent l'ensemble des fonctions physiologiques et influencent l'humeur et les prises de décisions.

Quant aux interventions chirurgicales, elles impliquent un état de chirurgie permanent qui s'écoule sur des années, voire des décennies, accompagné de prise d'hormones à vie, ainsi que d'un suivi psychologique de même ampleur. S'agissant des femmes (68% des cas), ces interventions comprennent : la mastectomie (ablation des seins), l'hystérectomie (ablation de l'utérus), la salpingo-ovariectomie (ablation des ovaires et des trompes de Fallope), la scrotoplastie (création d'une bourse), la phalloplastie (création d'un pénis à partir de tissus prélevés sur d'autres parties du corps), la vaginoplastie réversée (fermeture du vagin pour créer un péritos), ainsi que la chirurgie de masculinisation faciale (réduction de la mâchoire, augmentation du menton). S'agissant des hommes (32% des cas) : ces interventions comprennent l'orchidectomie (ablation des testicules), la pénectomie (ablation du pénis), la clitoroplastie (création d'un clitoris à partir du gland), la labioplastie (création des grandes et petites lèvres), la vaginoplastie (création d'un vagin à partir de la peau du pénis, des grandes lèvres et du clitoris), l'augmentation mammaire (implants), ainsi que les chirurgies de féminisation faciale (réduction de la pomme d'Adam) et chirurgie de féminisation vocale.

On est en droit de douter que, donné par une personne mineure, le consentement déclenchant un pareil engrenage puisse être considéré a priori comme étant valablement éclairé.

A l'appui de la nécessité d'un moratoire, on rappellera les chiffres de 2022 (les derniers qui soient disponibles) publiés en octobre 2023 par l'Office fédéral de la statistique : le nombre des personnes ayant été hospitalisées dans un des 5 hôpitaux suisses dédiés pour une ou plusieurs opérations de réassignation atteignait déjà 486.

Or, en Scandinavie, premiers pays au monde à reconnaître la dysphorie de genre et à la traiter par opérations, ainsi qu'en Angleterre, les autorités sont confrontées simultanément à une explosion des demandes, ainsi qu'à des doutes très sérieux, grâce au recul, quant au bénéfice très controversé de ces interventions, le nombre des suicides et des regrets après opération est alarmant. Dans ces pays, le législateur fait machine arrière. Chez nos voisins français, une loi du Sénat est à l'étude proposant l'interdiction des interventions de réassignation/conversion sexuelle destinées aux mineurs.

Le principe de précaution impose donc de protéger les mineurs contre les expérimentations hasardeuses dont les Etats européens qui nous ont précédés

sur ce terrain glissant sont déjà en train de revenir, à la suite de décisions de justice augurant de la multiplication d'actions judiciaires dirigées contre des hôpitaux d'Etat lancées en réparation de leur dommage par des victimes mineures au moment des faits et faisant valoir, à juste titre, que leur consentement n'était ni valable ni éclairé. Il s'agit également de protéger l'Etat de Genève et ses contribuables contre la survenance de telles actions.

Alors même qu'elle était parfaitement consciente des enjeux, la majorité de la commission des Droits de l'Homme n'a malheureusement pas eu le courage de tirer les conclusions qui découlent de ses propres travaux et qui auraient dû la conduire à accepter la M 3137 au nom du principe de précaution.

La minorité vous invite dès lors à accepter la M 3137.