

## La contraception transmasculine : considérations et recommandations spécifiques pour le conseil contraceptif

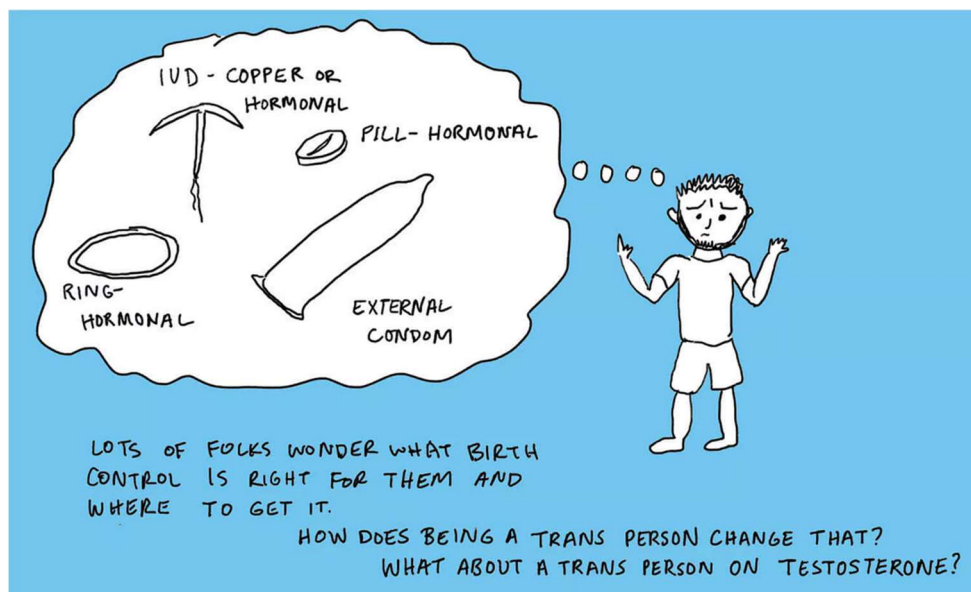


Figure 1 (tirée de : Betke-Brunswick, 2019)

## Résumé

Ce travail de diplôme apporte des éclairages et des recommandations spécifiques en conseil contraceptif avec des personnes transmasculines, de genre divers et assignées femmes à la naissance (TGDAFAN). Les questions de recherche sont les suivantes : Quelles sont les considérations spécifiques aux TGDAFAN à prendre en compte dans le conseil en contraception afin d'améliorer leur prise en charge ? Quelles sont les pistes de réflexion et d'action envisageables pour améliorer leur santé sexuelle et reproductive ? Les réponses trouvées se basent sur des études et la littérature actuelle, majoritairement nord-américaines. Il en ressort qu'une approche transaffirmative et inclusive ainsi qu'une meilleure formation des prestataires de soin permet d'améliorer la qualité de leur prise en charge et de proposer un conseil contraceptif individualisé. En outre, un flyer basé sur ce travail et destiné aux professionnel·le·x·s de santé a récemment été publié par PROFA/Santé Sexuelle Suisse.

Dans la première partie, une contextualisation des TGDAFAN est présentée. La seconde partie est consacrée aux considérations spécifiques à intégrer dans la pratique. En fin de travail, quelques pistes réflexives et opérationnelles sont discutées et mises en perspective.

Mots-clés : contraception, transmasculine, assignées femmes à la naissance, AFAN, conseil

Keywords : contraception, birth control, transmasculine, assigned female at birth, AFAB, counselling

## Remerciements

Merci à ma PA Johanna Breynaert pour sa confiance et ses impulsions durant mon stage. Je remercie également Sylvan Berrut et Naomi Portella de PROFA pour la relecture, les corrections et les démarches dans la publication du flyer. Merci aussi à Patrick et à ma famille pour leurs corrections et leur soutien tout au long de ma formation.

## Table des matières

1. Introduction .....	5
1.1 Choix du thème et motivation .....	5
1.2 Questionnements et objectifs du travail .....	5
1.3 Méthodologie.....	6
1.4 Limites et choix rédactionnels .....	6
2. Contexte.....	7
2.1 Transidentité .....	7
2.2 Dysphorie de genre.....	7
2.3 Personnes trans et non-binaires en Suisse .....	8
2.4 Santé sexuelle.....	8
2.5 Fertilité et santé reproductive .....	10
3. Conception du flyer .....	12
4. Considérations et recommandations spécifiques dans le conseil en contraception .....	13
4.1 Accueil et environnement .....	14
4.2 Langage .....	15
4.3 Examen ou procédure pelvienne .....	16
4.4 Œstrogènes et progestérone .....	17
4.5 Visibilité et rappel au genre assigné .....	17
4.6 Douleurs et saignements menstruels .....	18
4.7 Poitrine/torse .....	18
4.8 Gestion autonome.....	19
4.9 Aspects financiers .....	19
4.10 Autres effets indésirables .....	19
4.11 Contraception définitive.....	19
4.12 Contraception d'urgence .....	20
5. Conclusion .....	20

5.1 Pistes réflexives et opérationnelles .....	20
6. Références.....	23
7. Illustrations .....	26
8. Annexes .....	27
8.1 Overview of contraceptive methods with transmasculine-specific considerations (Krempasky et al., 2020).....	27
8.2 Vue d'ensemble des méthodes contraceptives avec des considérations spécifiques pour les personnes transmasculines (Helsen, 2022).....	28
8.3 Aide-mémoire pour les professionnel-le-x-s : Contraception transmasculine (PROFA, 2023).....	30

# 1. Introduction

## 1.1 *Choix du thème et motivation*

Tout part d'un entretien avec un homme trans lors de mon stage en conseil à PROFA à la consultation de santé sexuelle de Morges. Sous testostérone, il appelle pour savoir s'il peut recevoir la pilule d'urgence. Ma PA et moi doutons de la réponse à transmettre et nous tournons vers notre collègue médecin qui, après quelques vérifications, confirme qu'il peut la prendre. Nous le recevons donc avec son copain : accident de préservatif et panique. La contraception d'urgence lui est remise. Il reviendra quelques semaines plus tard pour un test de grossesse et une discussion autour de la contraception. La contraception... ? Mais laquelle ? Y a-t-il des interactions avec la testostérone ? L'aménorrhée provoquée par le traitement ne garantit-elle pas une contraception fiable ? Que lui proposer ? Quelles sont les éventuelles contre-indications ou recommandations à transmettre ? Existe-t-il des références au niveau suisse ou international ?

Tous ces questionnements se sont bousculés dans ma tête. Mes fausses représentations et mon peu de connaissances sur les enjeux de santé reproductive chez les personnes trans m'handicapent dans la prise en charge de cette population. Durant la formation, nous n'avons pas reçu d'indications à ce sujet et j'ai noté un vide dans les différents documents disponibles en Suisse pour le conseil. Je sais en revanche que les personnes LGBTIQ+ sont plus souvent victimes de microagressions et de violences dans le domaine des soins et cherchent donc moins d'assistance médicale que le reste de la population (Médico et al., 2022). C'est pourquoi, j'ai choisi de baser mon travail de validation du module 4 fiche sur la situation citée précédemment (Helsen, 2022). Par ailleurs, un flyer basé sur ce dernier a récemment été publié par PROFA et Santé Sexuelle Suisse (2023).

Ce travail de diplôme représente un approfondissement des recherches effectuées dans cette perspective et sera, je l'espère, utile pour combler les lacunes.

## 1.2 *Questionnements et objectifs du travail*

Les objectifs de mon travail sont les suivants :

- 1) Approfondir les réflexions qui ont porté la rédaction de mon travail de module 4 et du flyer.
- 2) Comprendre les spécificités des personnes transmasculines ou de genres divers assignées femmes à la naissance (AFAN) en ce qui concerne leur santé reproductive.

- 3) Etablir des considérations et recommandations spécifiques dans le conseil en contraception des personnes transmasculines ou de genres divers AFAN afin d'améliorer leur prise en charge.
- 4) Présenter des pistes de réflexion et d'action dans le domaine de la santé sexuelle des personnes transmasculines ou de genres divers AFAN.

Ces objectifs me permettent d'énoncer les questions suivantes :

Quelles sont les considérations spécifiques aux personnes transmasculines ou de genre divers AFAN à prendre en compte dans le conseil en contraception afin d'améliorer leur prise en charge ?

Quelles sont les pistes réflexives et opérationnelles envisageables pour améliorer leur santé sexuelle et reproductive ?

### **1.3 Méthodologie**

Pour répondre à ces objectifs et questions, je me suis basée principalement sur la littérature et des articles scientifiques. Les pays anglosaxons comme les Etats-Unis étant mieux documentés que la Suisse ou l'Europe à ce sujet, j'ai trouvé de nombreux articles traitant spécialement de la contraception chez ce public cible. J'ai également partagé mon travail avec des spécialistes en santé sexuelle qui m'ont apporté leurs corrections et suggestions. Cette démarche est présentée plus en détail dans le point 3 : *Conception du flyer*.

### **1.4 Limites et choix rédactionnels**

Ce travail se concentre majoritairement sur les personnes transmasculines, de genre divers ou assignées femmes à la naissance (AFAN) ayant des rapports sexuels à potentiel reproductif et n'ayant pas subi de chirurgies de stérilisation comme l'hystérectomie, la ligature des trompes, la salpingectomie ou l'oorphorectomie.

Il est important de noter que les études approfondies sur les personnes trans et non-binaires n'en sont qu'à leurs balbutiements et qu'il y a un réel manque à ce sujet, notamment en ce qui concerne les interactions entre la contraception et les traitements hormonaux d'affirmation de genre (Krempasky et al., 2020).

Dans un esprit de synthèse, j'ai choisi de focaliser mon travail sur la thématique de la contraception avec un éclairage général sur la santé reproductive. De plus, ce travail n'inclut

pas les méthodes d'observation du cycle comme la symptothermie, ni celle du retrait car les risques d'échec avec cette dernière sont trop nombreux. Enfin, ce travail n'aborde pas la question des personnes transféminines ou assignées hommes à la naissance.

## 2. Contexte

### 2.1 *Transidentité*

La transidentité, l'autrice Lexie (2021) la définit ainsi : « Le fait de s'être vu·e·x assigner un genre, à la naissance, d'après nos organes génitaux, mais qui ne nous correspond pas, qui n'est pas le nôtre (la loterie de l'assignation est parfois ingrate) ». En d'autres termes, il s'agit d'un sentiment intrinsèque profond d'incongruence entre le genre d'assignation de naissance et le genre vécu par la personne (Brown, 2022). La *transidentité* est également un terme parapluie qui regroupe plusieurs concepts identitaires : transgenre, non-binaire, fluide de genre, pangendre, agendre, etc. (Lexie, 2021).

Les *personnes transmasculines ou de genre divers assignées femmes à la naissance* sont abrégées *TGDAFAN* dans ce travail.

### 2.2 *Dysphorie de genre*

La dysphorie de genre décrit une souffrance ou détresse psychique importante qu'une incongruence de genre peut engendrer chez un·e·x individu·e·x (Brown, 2022). Le système culturel binaire et les normes cisgenres y contribuent directement. De plus, chaque expérience de la dysphorie est différente. En effet,

*« ... les personnes dysphoriques ne le sont pas toutes de la même façon. L'intensité des crises, les facteurs déclenchants, la récurrence font que l'existence de la dysphorie n'est pas homogène. Et évidemment, certaines personnes ne ressentent aucune dysphorie de genre. »* (Lexie, 2021, p. 79).

En consultation, une attention particulière doit être portée aux éléments pouvant déclencher de la dysphorie afin de limiter au maximum l'inconfort et le stress des bénéficiaire·x·s dans le but de trouver la contraception la mieux adaptée à la personne (Médico et al., 2022).

### 2.3 Personnes trans et non-binaires en Suisse

On estime que la population transgenre représenterait entre 0,3 et 0,5% chez les adultes et entre 1,2 et 2,7% chez les jeunes (Medico et al., 2022). Une récente enquête menée par l'Ipsos (2023) montre que 2% de la population suisse s'identifie comme transgenre, 3 % comme non-binaire/de genre fluide et 2% à d'autres catégories. En ce qui concerne les Millennials (né·e·x·s entre 1981 et 1996), 4% des personnes sondées se considèrent comme trans. Enfin, chez la génération Z (née en 1997 et après), la proportion de transgenres est de 2%, mais celle des personnes de non-binaires/de genre fluide passe à 11% (Ipsos, 2023).

### 2.4 Santé sexuelle

En santé publique, il a été démontré qu'un certain nombre de personnes vivant en Suisse sont globalement en moins bonne santé physique et mentale que la population générale (Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP], 2018b). On sait également que la population LGBTIQ+ est plus souvent la cible de discriminations, de violences physiques, psychologiques ou/et verbales. De plus, elle subit également un stress quotidien lié à son appartenance à une minorité, appelé aussi stress minoritaire (*minority stress*) (Bize et al., 2022). Pour ces raisons, elle est donc moins susceptible d'avoir recours à des services de soin et est également en moins bonne santé physique et psychique. En effet, les personnes ayant vécu des discriminations ou micro-agressions dans les contacts avec le personnel soignant auront tendance à éviter de s'y rendre à nouveau (Medico et al., 2022). Voici quelques recommandations pour améliorer leur accompagnement :

*« Il s'agit tout d'abord de thématiser le fait que le système de santé et les pratiques de soin ne sont pas neutres. En amont de l'accompagnement, cette démarche implique une déconstruction des stéréotypes afin d'assurer un accès aux soins et un accueil des personnes LGBTIQ (et leur entourage) équitables. Dans ce sens, partir des expériences des personnes concernées se montre incontournable afin de se baser sur les obstacles et les leviers qu'elles identifient. Cette approche consiste à ne pas prédéfinir les attentes des personnes ni à les placer dans une position victimaire mais se fonder sur leur autodétermination. » (Dayer, 2020, p. 8).*

Retenons de cette citation qu'il est primordial que le conseil en santé sexuelle s'appuie sur les éléments soulignés ci-dessus. Le droit à l'autodétermination, la bienveillance et le non-jugement sont les piliers d'un accompagnement de qualité dans le domaine des soins. Le·la consultant·e·x apporte son expérience personnelle dans l'entretien afin que ce dernier soit co-construit avec le·la professionnel·le·x.



En santé sexuelle, les personnes trans sont souvent monitorées sous l'angle des infections sexuellement transmissibles, du travail du sexe ou des violences vécues (exemple : OFSP, 2018a). La thématique de la gestion de la fertilité et de la reproduction est plus rare, mais celle-ci peut contribuer tout autant à la bonne santé sexuelle.

Que signifie une bonne santé sexuelle ? L'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] la définit ainsi :

*« ... un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme **une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués.** »* (OMS, 2006, p. 5).

Analysons plus en détail les éléments mis en évidence ci-dessus :

**Approche positive et respectueuse** : L'approche inclusive et transaffirmative en conseil permet l'instauration d'un cadre sécurisant et accueillant (Bize et al., 2022 ; Medico et al., 2022).

**Expériences sexuelles sûres** : Les TGDAFAN doivent bénéficier d'un accès à la contraception car elles sont aussi à risque de grossesse non-planifiée.

**Expériences exemptes de discrimination ou violence** : Cela signifie un dépassement des stéréotypes et des normes cisgenrées dans les consultations. Il est également important de considérer l'intersectionnalité des discriminations. Celle-ci permet de prendre en compte la complexité des situations discriminatoires et de mettre en exergue l'importance de considérer l'individu·e·x dans ses multiples identités sociales afin de combattre les inégalités (Crenshaw, 1989).

**Droits sexuels respectés, protégés et appliqués** : L'article 9 de la Déclaration des droits sexuels de l'International Planned Parenthood Federation [IPPF] stipule que chacun·e·x a le droit de « choisir de se marier ou non, de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment. » (IPPF, 2008, p. 20) On pourra également mentionner l'article 1 – le droit à l'égalité, à l'égale protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre ; l'article 7 – droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science et l'article 8 – droit à l'éducation et à l'information. Durant la formation DAS, j'ai souvent constaté que le respect des droits sexuels se trouve souvent limité par des obstacles institutionnels et structurels, comme le manque de notions et

de formation du personnel dans leur prise en charge (langage non-inclusif, manque de connaissances et de recherches, préjugés, etc.). Il est donc essentiel que les lieux de formation, les prestataires de soin ainsi que les autres acteur·ice·x·s gravitant autour d'eux soient davantage sensibilisé·x·s aux minorités sexuelles et de genres.

Ce travail de diplôme va dans ce sens en cherchant à apporter un éclairage sur les réalités trans en matière de contraception.

## **2.5 Fertilité et santé reproductive**

Tout d'abord, il est important de relever que toutes les TGDAFAN ne choisissent pas nécessairement un traitement hormonal d'affirmation de genre et/ou ne subissent pas de chirurgies stérilisatrices. Ceux-ci conservent donc leur fertilité de base.

Les TGDAFAN sous traitement de testostérone risquent aussi des grossesses non-planifiées lors de rapports sexuels non protégés avec un potentiel de reproduction (Krempasky et al., 2020). En plus des répercussions médicales, sociales, psychologiques et économiques d'une grossesse non-planifiée, la testostérone a un effet tératogène qui peut induire une virilisation du fœtus (Todd, 2022).

La thérapie hormonale par testostérone produit les effets androgéniques désirés en élevant le niveau de testostérone dans le sang faisant apparaître les caractères sexuels secondaires « masculins ». Rappelons que l'hormone lutéinisante (LH) et la folliculostimulante (FSH), qui sont chargées de la régulation ovarienne, sont à leur tour régulées par l'axe hypothalamo-hypophysaire. L'hypothalamus diffuse l'hormone gonadotrophine (GnRH) de façon pulsatile et l'hypophyse répond ensuite en régulant la LH et la FSH à l'aide du feedback hormonal des ovaires. La testostérone exogène produit un feedback négatif sur le complexe hypothalamo-hypophysaire qui inhibe la LH et la FSH, mais pas totalement (Bourdeau & Mukerjee, 2019). En effet, ces dernières diminuent significativement après un an de traitement et l'ovulation s'en trouve donc altérée mais pas forcément supprimée (Bourdeau & Mukerjee, 2019). La compliance au traitement, les pauses, les différents dosages ou les changements de types de préparations peuvent favoriser la percée d'une ovulation (Krempasky, et al. 2020). Les méthodes contraceptives hormonales peuvent donc tout de même agir sur l'axe hypothalamo-hypophysaire en exerçant leur bénéfice contraceptif (Boudreau & Mukerjee, 2019). Notons enfin que même sous testostérone un léger niveau d'œstradiol sérique persiste à cause d'une activité résiduelle des ovaires et d'une probable aromatisation androgénique dans le tissu graisseux, le foie et les muscles (Faucher & Linet, 2023).

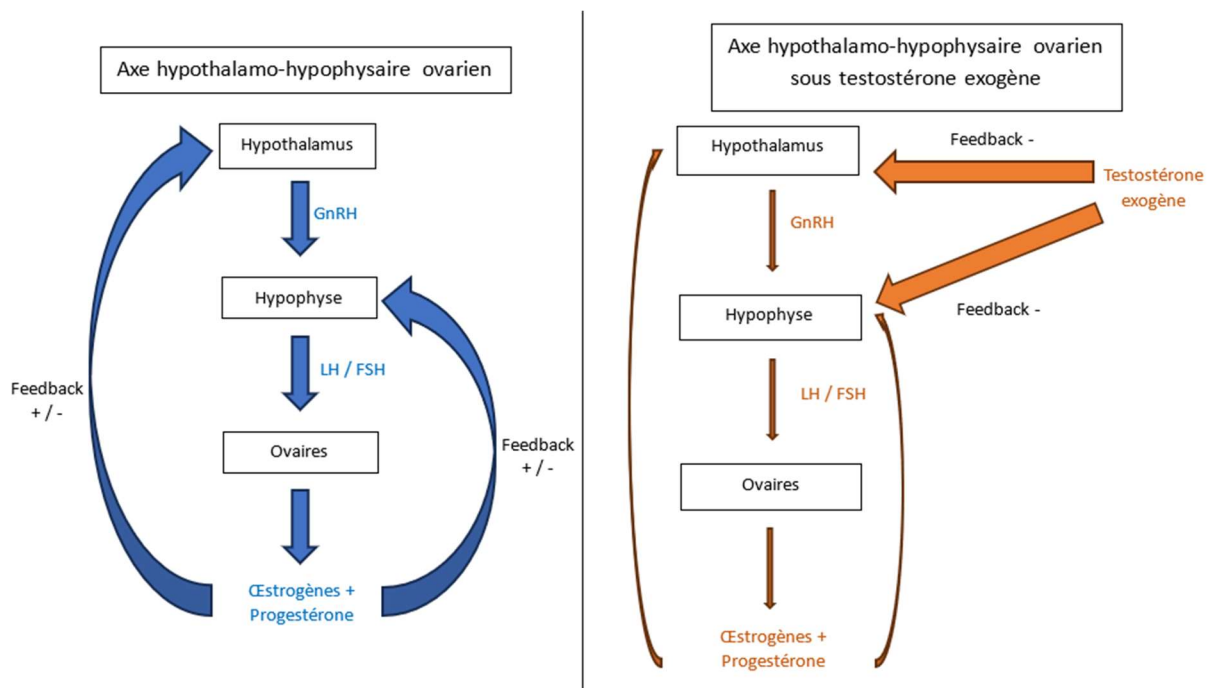


Figure 2 : Action de la testostérone exogène sur le complexe hypothalamo-hypophysaire ovarien (Helsen, 2023)

Les effets secondaires et/ou indésirables de la testostérone sont un risque augmenté de polycythémie (hématocrite élevé), d'acné, d'alopécie, d'apnée du sommeil, etc. (World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2022). L'aménorrhée survient en moyenne 6 mois après le début du traitement, mais ne garantit pas une contraception fiable et des saignements intermittents sont possibles car l'endomètre peut rester actif. De ce fait, certaines personnes chercheront parfois un moyen de contraception avec pour seul motif de supprimer totalement les saignements (Krempasky et al., 2020). D'autres optent pour une contraception avant d'entamer un traitement d'affirmation de genre afin de supprimer les menstruations et/ou diminuer les dysménorrhées (Manichikanti Gomez et al., 2020).

Les TGDAFAN peuvent aussi avoir un désir de parentalité et doivent être renseigné·e·x·s sur les méthodes de préservation de gamètes, la procréation médicalement assistée (PMA) ainsi que sur les conséquences des thérapies et des chirurgies sur leur fertilité (Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Il est donc primordial d'évaluer le désir de grossesse, les organes reproducteurs présents et la temporalité d'une future grossesse lors d'une consultation (Krempasky et al., 2020).

Dans le cas où la personne souhaiterait une grossesse prochainement, les professionnel·le·x·s doivent informer sur les effets tératogènes de la testostérone et lui recommander de la stopper plusieurs semaines avant d'envisager la conception (WPATH, 2022). Les TGDAFAN devraient

également recevoir des conseils anté-, péri- et postnataux ainsi qu'un accompagnement à l'allaitement dans un environnement sécurisant et inclusif (Obedin-Maliver & Makadon, 2016).

Pour les prestataires d'interruptions de grossesse, il est primordial d'accueillir les TGDAFAN dans un environnement neutre de genre et d'utiliser un langage et des formulaires incluant la diversité sexuelle et de genre. Le choix entre la méthode médicamenteuse ou chirurgicale dépendra du nombre de semaines de grossesse ainsi que des préférences de la personne (Moseson et al., 2021). La Fédération du Québec pour le Planning des Naissances (s. d.) a publié un guide sur les interruptions de grossesse permettant d'instaurer des pratiques prenant en compte les réalités trans dans les procédures d'interruption de grossesse <https://fqpn.staging.molotov.ca/wp-content/uploads/2021/01/FQPN-Manual-FR-PRESS-oui.pdf>.

### 3. Conception du flyer

Dans le cadre de mon stage en conseil à PROFA et du travail du Module 4 (Helsen, 2022), j'ai entrepris de nombreuses lectures d'articles traitant de cette thématique. Le tableau (annexe 8.2) est inspiré et traduit de Krempasky et al. (2020) (annexe 8.1). Les entrées horizontales sont reprises et commentées dans le chapitre 4.

A la base, l'objectif de ces recherches était personnel et devait m'aider à compléter mes connaissances afin d'apporter le meilleur conseil possible lors de la consultation en question. Sur recommandation de ma PA Johanna Breynaert, j'ai transmis le document à Sylvan Berrut et Naomi Portella de PROFA pour relecture et suggestions. J'ai également échangé des e-mails avec le Dr. Niklaus Flütsch, gynécologue à Zoug et membre du WPATH, afin d'avoir son opinion sur le tableau. Par la suite et face à l'intérêt suscité par mon travail, j'ai donné mon accord pour que celui-ci soit publié et diffusé par PROFA et Santé Sexuelle Suisse (annexe 8.3).

J'estime qu'il ne faut pas attendre que les personnes trans viennent nous éduquer sur le sujet et que la diffusion de ce type de travaux peut contribuer à un meilleur accueil des personnes trans ou de genre divers. En effet, dans une étude de Pulice-Farrow et al. (2021), des participant·e·x·s parlent souvent de la frustration ressentie face au manque de notions des professionnel·le·x·s. Ils ne souhaitent pas non plus les éduquer ou servir de source d'informations, même si d'autre·x·s sont d'accord de plaider leur cause.

## 4. Considérations et recommandations spécifiques dans le conseil en contraception

Tout d'abord, force est de constater que le *Guide pratique d'entretiens de planning familial* (Méan & Wyss, 2006) date quelque peu, n'inclut pas les réalités trans et non-binaires et nécessiterait une mise à jour. Les documents proposés en conseil contraceptif sont souvent très genrés et ne prennent pas en compte la dimension transidentitaire. Le Reproductive Health Access Project (2022) a récemment mis en ligne un document en anglais à ce sujet téléchargeable sur leur site web : <https://www.reproductiveaccess.org/wp-content/uploads/2018/06/bc-across-gender-spectrum.pdf>.

Bien qu'aucune étude complète n'existe sur les interactions entre la thérapie hormonale et la contraception, on considère que les méthodes de contraception agissent avec le même mécanisme d'action chez les TGDAFAN sous testostérone (Bourdeau & Mukerjee, 2019). En ce qui concerne leur efficacité, il n'existe pour l'instant pas de recherches fiables et suffisantes pour affirmer que l'efficacité est la même ou meilleure que pour les femmes cisgenres (WPATH, 2022).

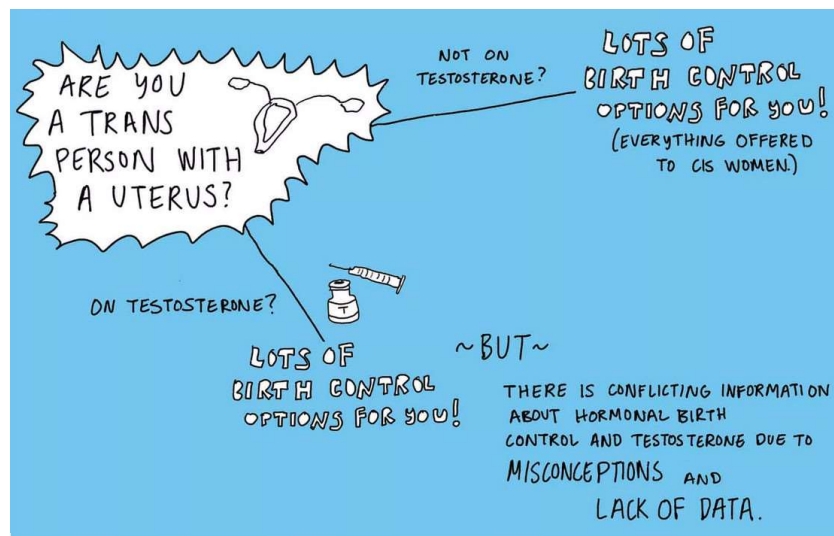


Figure 3 : Are you a trans person with a uterus ? (tirée de : Betke-Brunswick, 2019)

Selon une étude américaine de Manichikanti Gomez et al. (2020), la notion selon laquelle la testostérone a des effets contraceptifs est répandue dans la population trans. D'autres pensent également que la combinaison de la testostérone et d'une contraception hormonale prévient d'autant mieux les grossesses non-planifiées (Manichikanti Gomez et al., 2020). Dans une autre étude de Light et al. (2018), les préservatifs sont cités comme la méthode contraceptive la plus utilisée (49.2%), suivie par la pilule (33.9%). Dans cette même étude, 16.4% des

participant·e·x·s disent utiliser la testostérone comme moyen contraceptif et 5.5% rapportent que des professionnel·le·x·s de santé la leur auraient conseillée comme tel.

Il est donc d'autant plus important d'informer ouvertement la patientèle sur l'état des recherches actuelles en individualisant le conseil en contraception. Comme pour les femmes cisgenres, chacun·e·x a des besoins et des envies particulières qu'il faut prendre en compte afin de trouver le contraceptif le mieux adapté. A ce propos, je conseille la lecture de la bande-dessinée réalisée par Will Bethe-Brunswick (2019) qui relate le parcours d'un homme trans pour obtenir une contraception adaptée <https://www.intomore.com/culture/a-trans-mans-experience-with-birth-control/>

#### **4.1 Accueil et environnement**

Dans certains cantons, les TGDAFAN ont la chance de pouvoir se rendre dans des centres de compétences sécurés qui leur sont consacrés (checkpoints, PROFA L-Check, gynécologues trans-friendly). Cependant, suivant la zone géographique, certain·e·x·s doivent se résoudre à visiter des centres de santé sexuelle ou des cabinets gynécologiques. Dans ces derniers, il est très fréquent de tomber sur une décoration fémininement genrée qui peut les mettre très mal à l'aise et/ou les outter devant les autres patient·e·x·s. Le nom du centre ou du cabinet à connotation féminine peut également être un frein à l'accès aux soins (Pulice-Farrow et al., 2021). Notons à titre d'exemple le Département *Femme-Mère-Enfant* du CHUV où se situe la consultation de santé sexuelle. Un autre moyen de signaler un environnement inclusif consiste à placer des drapeaux arc-en-ciel ou d'autres signaux d'inclusivité comme des brochures ou affiches à destination des minorités LGBTIQ+, et ce dès l'entrée du bâtiment ou sur le site internet (Todd, 2022).

Par ailleurs, les formulaires de prise d'informations devraient également inclure des options comme la possibilité d'inscrire son prénom/pronom d'usage, la civilité choisie, le genre d'assignation de naissance, etc. Ces indications, y compris celles qui diffèrent des documents légaux (Todd, 2022), devraient être mises en évidence afin de permettre à tout le personnel de nommer et de genrer la personne comme elle le souhaite (Pulice-Farrow et al., 2021).

Enfin, dans l'étude de Pulice-Farrow et al. (2021), plusieurs participant·e·x·s mentionnent qu'ils souhaiteraient que les professionnel·le·x·s aient conscience de leur éventuel inconfort ou de la détresse psychologique ressentie lors de ces consultations et que ceux-ci prennent le temps d'évaluer leur état émotionnel.

## 4.2 Langage

Le langage est une composante importante et un outil puissant à ne pas négliger dans la prise en charge des TGD. Lexie (2021) le décrit comme « une arme de bienveillance ou de violence massive » (p. 42).

Tout d'abord, se présenter en mentionnant son prénom et son pronom d'usage permet de signaler l'ouverture et la prise en compte de la diversité de genre. Si cela n'est pas mentionné dans le dossier, permettre à la personne (qu'elle soit trans ou non) de se présenter comme elle le souhaite. Il faut garder à l'esprit que le genre peut varier au cours d'une vie, il convient donc de vérifier que les informations sont à jour lors des prochaines consultations (Bonnington et al. 2020).

Ensuite, il sera important pour certain·e·x·s d'utiliser un vocabulaire anatomique le moins genré possible : parler de *saignements menstruels* plutôt que de *règles*, *torse* plutôt que *poitrine*, *examen pelvien* plutôt que *gynécologique*, etc. Le meilleur moyen est de demander directement avec quels termes iel est à l'aise ou non et de les noter dans le dossier afin d'éviter les questions à chaque entretien (Pulice-Farrow et al., 2021).

Il en va de même lorsque l'on parle des rapports sexuels. En effet, les professionnel·le·x·s ne devraient pas présupposer du genre et des parties génitales du·de la/des partenaire·x/s, mais orienter davantage leurs questions sur les organes utilisés lors des rapports. Dans le cas de la contraception, des rapports sexuels impliquant du sperme est une information importante à recueillir.

Quelques exemples de questions (Krempasky et al., 2020) :

- *Pouvez-vous vous présenter ? A quel genre vous identifiez-vous ?*
- *Quel est votre pronom ?*
- *Quel genre vous a été assigné à la naissance ?*
- *Suivez-vous un traitement hormonal ? Lequel ?*
- *Avez-vous eu des opérations ?*
- *Etes-vous sexuellement actif·ve·x ?*
- *Quel est le genre et la génitalité de votre/vos partenaire/s ?*
- *Quels organes utilisez-vous lors des rapports sexuels ?*
- *Quels organes se touchent ou entrent/s'insèrent/se pénètrent ?*
- *Utilisez-vous un moyen de contraception ? de protection contre les IST ? Lequel ?*
- *Avez-vous un désir de parentalité, de grossesse ? Proche, lointain ?*
- ...

Ce type de questionnement permet de mener une anamnèse en santé sexuelle afin d'évaluer entre autres le risque de grossesse non-planifiée et de proposer une contraception tout en utilisant une formulation neutre et inclusive. On se limitera aux questions liées au motif de consultation. En effet, toute question superflue pourrait être vécue comme intrusive. Si nécessaire, en expliquer les raisons permet la transparence et la justification de cette intrusivité. En cas d'erreurs, de mégenrage ou de méprises, il est important de s'en excuser (sans exagération) et d'être plus attentif·ve·x par la suite (Pulice-Farrow et al., 2021).

### **4.3 Examen ou procédure pelvienne**

Certaines TGDAFAN préféreront peut-être éviter une contraception qui requiert un examen ou une procédure pelvienne, surtout s'ils ressentent de la dysphorie à l'égard de certaines parties anatomiques. Cela peut être le cas pour la pose d'un dispositif intra utérin (DIU) par exemple (Krempasky et al., 2020).

Les professionnel·le·x·s doivent dûment informer les personnes choisissant un DIU sur l'examen pelvien et la pose, ainsi que sur les possibles saignements et crampes qui peuvent survenir après celle-ci (Bonnington et al., 2020). On pourra par exemple montrer le déroulement de la pose à l'aide d'une vidéo (exemple : Laboratoire CDD, 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=6I3YSHN5vTw>).

De plus, il est primordial de demander le consentement à chaque étape de la procédure. Notons également que les personnes issues des minorités sexuelles et de genres sont plus susceptibles d'avoir vécu des violences physiques comme des agressions sexuelles par exemple. L'examen peut faire resurgir des souvenirs traumatiques et il est donc important de suivre le rythme de la personne. On évitera aussi des phrases que l'agresseur·e aurait pu utiliser telles que « *Laissez-vous aller.* », « *Détendez-vous.* », « *Plus vous êtes tranquille, plus vite ça sera terminé.* » etc. (Bonnington et al., 2020).

Enfin, la testostérone pouvant causer des sécheresses ou/et une atrophie vaginale et/ou utérine, l'examen ou la pose peut s'avérer plus douloureuse (Pulice-Farrow et al., 2021). Des analgésiques, une légère sédation voire une anesthésie locale du col peuvent être proposés en amont pour prévenir les douleurs et détendre la personne. On pourra aussi utiliser un speculum ou un DIU de plus petite taille (Krempasky et al., 2020). Un traitement intravaginal aux œstrogènes peut être envisagé deux semaines avant la procédure afin de diminuer l'atrophie (Bonnington et al., 2020).



#### **4.4 Œstrogènes et progestérone**

Certaines TGDAFAN peuvent être réticentes à l'idée d'utiliser des œstrogènes ou de la progestérone car elles renvoient à leur genre d'assignation de naissance et peuvent déclencher de la dysphorie. D'autre·x·s pensent également que cela risque de ralentir leur « masculinisation » et/ou souhaiteront éviter les « cocktails » hormonaux. Parfois, une méthode progestative paraîtra plus acceptable en raison de certains effets secondaires androgéniques (Boudreau & Mukerjee, 2019).

Les contraceptifs hormonaux peuvent aussi permettre d'atteindre l'aménorrhée si cela n'est pas déjà le cas soit avec un progestatif, soit avec un oestroprogestatif en prise continue (Boudreau & Mukerjee, 2019).

Notons qu'un des effets secondaires de la testostérone est l'élévation de l'hématocrite (proportion de globules rouges dans le plasma) qui, couplée avec une prise de contraceptifs combinés, pourrait augmenter les risques de thromboses veineuses profondes. Il est donc important de peser les avantages et les risques d'une telle méthode surtout si la personne est fumeuse, est en surpoids et/ou a plus de 35 ans (Boudreau & Mukerjee, 2019). On peut considérer que les facteurs de risques pour la prise d'une contraception combinée sont les mêmes que pour les femmes cisgenres (Krempasky et al., 2020).

Au vu des études limitées sur le sujet, il est difficile d'apporter un conseil scientifiquement basé aux bénéficiaire·x·s. La transparence est donc essentielle afin que le choix de la méthode soit le plus éclairé (Bonnington et al., 2020).

#### **4.5 Visibilité et rappel au genre assigné**

Une autre information importante à considérer est la voie d'administration du contraceptif. Certain·e·x·s souhaiteront éviter une méthode à compliance élevée (pilule, patch, anneau) car sa prise peut être vécue comme un rappel trop fréquent au genre assigné à la naissance et/ou difficile à dissimuler (Krempasky et al., 2020). A l'inverse, d'autres associeront la prise à leur routine de traitement d'affirmation de genre (application quotidienne de crème par exemple) afin d'éviter les oublis (Bonnington et al., 2020).

En ce qui concerne l'anneau, le préservatif interne ou d'autres méthodes à introduire dans le vagin, l'insertion peut s'avérer problématique pour les personnes éprouvant une forte dysphorie à l'égard de leur zone génitale, mais également à cause des douleurs dues à la sécheresse et/ou à l'atrophie provoquée par la testostérone (Boudreau & Mukerjee, 2019). L'implant, le DIU, l'injection trimestrielle ou les chirurgies stérilisatrices sont des méthodes

« invisibles » rappelant moins souvent au genre assigné à la naissance (Krempasky et al., 2020).

#### **4.6 Douleurs et saignements menstruels**

Les saignements menstruels et la dysménorrhée peuvent engendrer une souffrance psychique et physique importante chez les TGDAFAN. Même si les niveaux de dysphorie varient d'une personne à une autre, cette population cherche davantage la suppression des saignements menstruels que les femmes cisgenres. Le taux d'aménorrhée dépend des méthodes contraceptives (Krempasky et al., 2020). L'injection trimestrielle d'acétate de médroxyprogestérone et le DIU progestatif ont le plus haut taux d'aménorrhée avec ou sans prise de testostérone (Boudreau & Mukerjee, 2019).

Pour ceux ayant déjà atteint l'aménorrhée sous testostérone, le risque de résurgence suite à la prise de contraceptif hormonal est inconnu et pas encore étudié dans la littérature. Cependant, les expériences cliniques suggèrent que les saignements sont peu susceptibles de réapparaître en cas d'aménorrhée acquise (Boudreau & Mukerjee, 2019).

Un moyen plus radical pour stopper les saignements est l'endométrectomie. Il s'agit d'une ablation totale de l'endomètre. Cependant, cette chirurgie peut provoquer l'infertilité et n'est donc pas conseillée en cas de désir d'enfant (Obedin-Maliver, 2016).

#### **4.7 Poitrine/torse**

Certaines TGDAFAN peuvent éprouver de la dysphorie de genre à l'égard de leur poitrine/torse. L'utilisation de binders (brassière compressive) ou de tape (bande adhésive hypoallergénique) visant à aplatir les seins est fréquente chez cette population (Lexie, 2021). En sachant que certains contraceptifs hormonaux augmentent les sensations de tensions et les douleurs dans la poitrine/torse, le port de ces dispositifs peut s'avérer plus inconfortable encore. Pour ceux ayant subi une torsoplastie, cela sera peut-être moins le cas. Cependant, du tissu mammaire est parfois encore présent après l'intervention et peut réagir aux hormones. Ces effets secondaires concernent principalement les méthodes oestroprogestatives surtout en début de prise et diminuent généralement après 3 à 5 mois (Krempasky et al., 2020).

## **4.8 Gestion autonome**

La gestion autonome d'une contraception peut être un élément important pour certain·e·x·s. Il existe plusieurs raisons qui la motivent : l'arrêt autonome en cas d'effets secondaires trop importants ; éviter de se rendre dans un établissement médical pour le retrait ; le désir d'une grossesse dans un futur proche (Krempasky et al., 2020).

## **4.9 Aspects financiers**

En Suisse, la contraception n'étant pas prise en charge par l'assurance maladie de base, la charge financière est donc dévolue entièrement à la patientèle. Les coûts engendrés par un moyen contraceptif peuvent influencer le choix de la méthode. Spécialement chez les jeunes ou les personnes en situation de précarité, cet aspect peut peser dans la balance au moment de faire le choix. Certains centres de santé sexuelle proposent des prix plus abordables.

## **4.10 Autres effets indésirables**

Les autres effets indésirables rapportés par des femmes cisgenres (qui n'apparaissent pas dans les informations du fabricant) doivent aussi être transmis aux TGDAFAN. En effet, certaines femmes cis se plaignent parfois de troubles de l'humeur, de baisse de libido, de prise de poids, etc. suite à la prise d'un contraceptif hormonal (Dr. N. Flütsch, communication personnelle, 11 octobre 2022).

## **4.11 Contraception définitive**

Il existe diverses options de chirurgies stérilisatrices. Leurs conséquences étant irréversibles, elles ne sont pas recommandées si la personne a un désir de grossesse ou n'a pas effectué de préservation d'ovocytes. Néanmoins, c'est une possibilité qui doit leur être présentée. La ligature des trompes ou la salpingectomie n'affectera pas les saignements car l'utérus et les ovaires restent en place. L'hystérectomie et/ou l'oophorectomie peuvent être envisagées pour celles qui ressentent une forte dysphorie de genre. On conseillera cependant de garder un ovaire afin de protéger la densité osseuse (notamment en cas d'arrêt de la testostérone) (Bonnington et al. 2020).

## **4.12 Contraception d'urgence**

Comme mentionné précédemment, les TGDAFAN sont aussi à risque de grossesse non-planifiée et doivent être informé·e·x·s sur la possibilité d'obtenir une contraception d'urgence (CU). Toutes les options sont possibles indépendamment de la prise d'un traitement d'affirmation de genre. Le dosage et les contre-indications sont les mêmes que pour les femmes cisgenres. L'efficacité, les délais de prise, les possibles effets secondaires ainsi que les lieux de remise doivent leur être présentés. Il est conseillé d'effectuer un test de grossesse 3 à 4 semaines après la prise même en cas d'aménorrhée. Cette dernière peut être induite par la testostérone et occulter une éventuelle grossesse (Krempasky et al., 2020).

## **5. Conclusion**

En conclusion, l'amélioration de la prise en charge des TGDAFAN dans l'entretien en contraception passe par un meilleur accueil et par une individualisation du conseil qui répond à leurs besoins et objectifs. Bien que certains éléments spécifiques diffèrent des femmes cis, les principes d'auto-détermination, de co-construction de la consultation et de bienveillance sont les éléments centraux qui doivent guider les pratiques. Pour cela, il est essentiel de renforcer la formation des spécialistes en santé sexuelle à ce sujet afin de combler les lacunes et de corriger les idées reçues qui sont des freins à une consultation de qualité. Enfin, davantage d'études et de recherches dans ce domaine doivent encore être effectuées afin d'apporter un conseil qualitatif et des informations scientifiquement basées.

### **5.1 Pistes réflexives et opérationnelles**

Pour clore ce travail, je propose quelques pistes réflexives et opérationnelles afin d'aller plus loin dans la démarche.

#### *Visibilisation*

Tout d'abord, l'invisibilisation des réalités trans dans les documents liés à la contraception limite l'accès à un moyen contraceptif adapté à leurs besoins. J'ai aussi rencontré cette invisibilisation sur le terrain dans la bouche de certain·e·s professionnel·le·s : « *je n'en [personnes trans] ai jamais eu en conseil de contraception.* », « *ça ne concerne qu'une petite minorité* », « *ils ne viennent pas chez nous* », « *je n'y avais jamais pensé* », etc. Je constate qu'il est donc d'autant plus pertinent de plaider en faveur de l'intégration des spécificités de la

contraception transmasculine dans les directives officielles des institutions afin de les visibiliser.

### *Déshétérocisation des pratiques*

De plus, tendre vers davantage d'égalité dans le champ de la santé sexuelle signifie un important travail de *déshétérocisation des pratiques*. Dans cette optique, une approche inclusive, transaffirmative et intersectionnelle couplée à de l'écoute active et des questions ouvertes peut améliorer l'accompagnement de cette population (Dayer, 2020). Les différents points présentés dans ce travail s'insèrent dans cette perspective. Bien entendu, ils sont spécifiques aux TGDAFAN, mais les principes de base peuvent profiter à tou·te·x·s. Pour cela, la formation de base des professionnel·le·x·s de santé doit inclure les spécificités des réalités LGBTIQ+ dans leurs cursus. Récemment, la formation I-CARE (Improving Care and Access for Rainbow Equity), portée par Unisanté, a été présentée et débutera fin 2023. Il s'agit d'une formation prégraduée ou continue des professionnel·le·x·s de santé destinée à sensibiliser aux réalités LGBTIQ+ (Bize et al., 2023).

### *Accès à la contraception en Suisse*

De manière générale, la Suisse doit encore grandement améliorer sa politique contraceptive. Le European Contraception Atlas (2023) situe la Suisse au même niveau que la Serbie en matière d'accessibilité contraceptive avec un score de 58.3%. Parmi les améliorations recommandées figurent la diffusion des prix des contraceptifs sur les sites officiels, leur remboursement par la caisse maladie et la possibilité d'obtenir un contraceptif hormonal sans ordonnance.

Je pense également que l'entretien-conseil pour obtenir la CU peut être un frein pour les TGDAFAN, surtout en pharmacie où le personnel est peut-être moins sensibilisé aux minorités de genre. Suivant son passing (capacité à être perçu·e·x comme appartenant au genre souhaité), il y a un risque de devoir s'outter et/ou de divulguer des informations personnelles concernant sa sexualité. Dans d'autres pays comme la France par exemple, la CU peut être délivrée de manière anonyme, pour un tiers et peu importe le genre. Elle est notamment gratuite contrairement à la Suisse (Planning familial, s. d.). Au Royaume-Uni, certaines pharmacies proposent même un service de consultation en ligne (exemple : Lloyds Pharmacy Online Doctor, 2022). Il suffit de répondre à des questions en ligne et 30 minutes plus tard, un·e·x professionnel·le·x délivre l'autorisation et les instructions à distance. Le retrait de la

pilule s'effectue ensuite sans entretien en pharmacie. On pourrait imaginer des conditions similaires en Suisse afin de la rendre plus accessible.

### *Informer*

La prévention des grossesses non-planifiées passe par un important travail d'informations sur la contraception. Pour approfondir cette approche, on pourrait envisager la création d'une brochure similaire à celle du Reproductive Health Access Project (2022) <https://www.reproductiveaccess.org/wp-content/uploads/2018/06/bc-across-gender-spectrum.pdf> qui pourrait être distribuée dans les espaces communautaires transgenres et les centres de santé sexuelle. Sur le site Internet sex-i.ch (s. d.), on pourrait ajouter dans chaque fiche un commentaire sur les TGDAFAN ou un lien vers une ressource externe. Certains termes genrés comme *préservatif féminin/masculin* ou *contraception masculine* devraient être changés pour *préservatif interne/externe* et *contraception testiculaire thermique*.

L'éducation sexuelle dans les écoles est aussi un vecteur efficace pour informer des ressources à disposition. De plus, expliquer que les hommes trans, même sous testostérone, peuvent tomber enceints et ont le droit d'obtenir des méthodes contraceptives permet de les visibiliser auprès de tou-te-x-s et de rectifier les fausses croyances et préjugés.

Dispensant moi-même les cours d'éducation sexuelle dans le canton de Fribourg, je pense que ces leçons sont essentielles pour permettre à tou-te-x-s de connaître leurs droits sexuels. J'ai notamment observé que les jeunes ne connaissaient pas leur existence ou seulement en partie. Je plaide donc pour davantage de périodes d'éducation sexuelle afin d'être en mesure de les aborder de manière plus approfondie.

### *Engagement pour les droits sexuels*

Pour terminer, je pense que la défense des droits sexuels va de pair avec le rôle de spécialiste en santé sexuelle. En collaborant et en unissant nos efforts, nous pouvons tendre vers davantage d'égalité. Les organisations de santé, les militant-e-x-s, les professionnel-le-x-s et les personnes concernées peuvent contribuer à créer un environnement où les droits sexuels sont respectés et où l'accès à des options contraceptives adaptées est garanti.

Le changement ne se fera pas en un claquement de doigt, mais chaque action compte. Ce travail représente un pas dans cette direction. En continuant à plaider pour l'inclusivité, en partageant nos connaissances, en contestant les normes restrictives et en encourageant le dialogue, nous pouvons tou-te-x-s contribuer à faire avancer la société vers une approche plus holistique et éclairée de la santé sexuelle.

## 6. Références

Betke-Brunswick, W., (2019, janvier). *A Trans Man's Experience With Birth Control*. INTO. <https://www.intomore.com/culture/a-trans-mans-experience-with-birth-control/>

Bize, R., Berrut, S., Volkmar, E., Medico, D., Werlen, M., Aegerter, A., Bodenmann, P., & Wahlen, R. (2022). Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées. In P. Bodenmann, Y. Jackson, F. Vu, & H. Wolff (Éds.), *Vulnérabilités, diversités et équité en santé* (pp. 347-360). RMS Editions.

Bize, R., Volkmar, E., Blanc-Scuderi, Z., Medico, D., Zufferey, A., Béziane, C., Merglen, A., Brockmann, C., Bodenmann, P. (2023). I-CARE : une formation pionnière par apprentissage en ligne sur la santé des personnes LGBTIQ+, *Rev Med Suisse*, 9(833), 1277–1281. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2023.19.833.1277>

Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70-82. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>

Boudreau, D. & Mukerjee, R. (2019). Contraception Care for Transmasculine Individuals on Testosterone Therapy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(2), 395-402. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12962>

Brown, G. R. (2022, avril). *Dysphorie de genre (incongruence de genre)*. Le Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/sexualit%C3%A9-dysphorie-de-genre-et-paraphilies/dysphorie-de-genre>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1(8), 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/>

Dayer, C. (2020). Préface. In A. Alessandrin, J. Dagorn, A. Meidani, G. Richard, & M. Toulze (Éds.), *Santé LGBT, les minorités de genre et de sexualité face aux soins* (pp. 5-10). Le bord de l'eau.

European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights. (2023). *European Contraception Policy Atlas - Switzerland*. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights. <https://www.epfweb.org/node/754>

Faucher, P., & Linet, T. (2023). La contraception d'un homme transgenre : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 51, 182–185. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.11.008>

Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN). (s. d.). *Services d'avortement adaptés aux réalités trans - Un guide visant à permettre aux prestataires de soins d'instaurer des politiques et des pratiques qui tiennent compte des réalités trans dans un contexte d'avortement*. FQPN. Consulté le 29.06.2023 à l'adresse <https://fqpn.staging.molotov.ca/wp-content/uploads/2021/01/FQPN-Manual-FR-PRESS-oui.pdf>

Helsen, S. (2022, novembre). *Fiche méthodologique d'intervention – Conseil*. [Travail de validation du Module 4, DAS HES-SO Santé sexuelle, non publié]. Haute Ecole du Travail Social de Genève – CEFOC.

International Planned Parenthood Federation. (2008). *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*. IPPF.

Ipsos. (2023). *Enquête LGBT+ Pride 2023*. Ipsos. <https://www.ipsos.com/en-ch/la-part-moyenne-de-la-population-lgbt-dans-le-monde-seleve-9>

Krempasky C., Harris M., Abern L., & Grimstad F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *Clinical Opinion*, 222(2), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>

Laboratoire CCD. (2020, 25 février). *Technique de pose en deux temps - dispositif intra utérin UT380 CCD® / NT380 CCD®* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=6I3YSHN5vTw>

Lexie. (2021). *Une histoire de genres : Guide pour comprendre et défendre les transidentités*. Marabout.

Light, A., Wang, L.-F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>

Lloyds Pharmacy Online Doctor. (2022). *Morning after pill (emergency contraception) treatments and information*. <https://onlinedoctor.lloydspharmacy.com/uk/morning-after-pill>

Manchikanti Gomez, A., Đõ, L., Ratliff, A., Crego, P. L., & Hastings, J. (2020). Contraceptive Beliefs, Needs, and Care Experiences Among Transgender and Nonbinary Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 597-602, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.003>



Méan, F., & Wyss, E. (2006). *Guide pratique d'entretiens de planning familial*. Editions PLANeS.

Medico, D., Volkmar, E., Berrut, S., Bize, R., Bodenmann, P., & Wahlen, R. (2022). Santé des personnes transgenres, non binaires et agenres. In P. Bodenmann, Y. Jackson, F. Vu, & H. Wolff (Éds.), *Vulnérabilités, diversités et équité en santé* (pp.361-371). RMS Editions.

Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 224(4), 376.e1 - 376.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035>

Obedin-Maliver, J. (2016, 17 juin). *Pelvic pain and persistent menses in transgender men*. University of California, San Francisco, Transgender Care. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/pain-transmen>

Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. J. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4-8. [10.1177/1753495X15612658](https://doi.org/10.1177/1753495X15612658)

Office Fédéral de la Santé Publique. (2018a, 17 septembre). *Les personnes transgenres*. Confédération suisse. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/zielgruppe-mit-erhoehtem-expositionsrisiko-achse2/transmenschen.html>

Office Fédéral de la Santé Publique. (2018b, 30 septembre). *Égalité des chances et santé, chiffres et données pour la Suisse*. Confédération suisse. [https://www.bag.admin.ch/2Fdam%2Fbag%2Ffr%2Fdokumente%2Fnpp%2Fncd%2Fbrosch%25C3%25BCre-chancengleichheit.pdf.download.pdf%2FFR\\_BAG\\_Broschuere.pdf&psig=AOvVaw3Ew0Ytq8F4qq-bwsmqTtER&ust=1689849615115366&opi=89978449](https://www.bag.admin.ch/2Fdam%2Fbag%2Ffr%2Fdokumente%2Fnpp%2Fncd%2Fbrosch%25C3%25BCre-chancengleichheit.pdf.download.pdf%2FFR_BAG_Broschuere.pdf&psig=AOvVaw3Ew0Ytq8F4qq-bwsmqTtER&ust=1689849615115366&opi=89978449)

Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Defining sexual health : report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002 Geneva*. OMS

Planning familial. (s. d.). *La contraception d'urgence*. Consulté le 25.07.2023 à l'adresse <https://www.planning-familial.org/fr/la-contraception-durgence-339>

PROFA. (2023). *Aide-mémoire pour les professionnel-le-x-s : contraception transmasculine*. PROFA/Santé Sexuelle Suisse.

Pulice-Farrow, L., Gonzalez, K. A., & Lindley, L. (2021). 'None of my providers have the slightest clue what to do with me': Transmasculine individuals' experiences with

gynaecological healthcare providers. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 381-393. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1861574>

Reproductive Health Access Project. (2022). *Birth control across the gender spectrum*. Reproductive Health Access Project. <https://www.reproductiveaccess.org/wp-content/uploads/2018/06/bc-across-gender-spectrum.pdf>

Santé Sexuelle Suisse. (s. d.). *La contraception*. Sex-i, sexual health info. Consulté le 29.07.2023 à l'adresse <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception>

Todd, N. J. (2022). At risk of pregnancy? Contraception for transgender, nonbinary, gender-diverse, and Two Spirit patients. *BC Medical Journal*, 64(2), 69-74. <https://bcmj.org/articles/risk-pregnancy-contraception-transgender-nonbinary-gender-diverse-and-two-spirit-patients>

World Professional Association for Transgender Health. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), 1-259, <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

## 7. Illustrations

### Figure 1 et 3 :

Betke-Brunswick, W., (2019, janvier). *A Trans Man's Experience With Birth Control*. INTO. <https://www.intomore.com/culture/a-trans-mans-experience-with-birth-control/>

### Figure 2 :

Helsen, S. (2023). Action de la testostérone exogène sur le complexe hypothalamo-hypophysaire ovarien. Figure 2. In *La contraception transmasculine : considérations et recommandations spécifiques pour le conseil contraceptif*. Haute Ecole du Travail Social de Genève – CEFOC.

## 8. Annexes

### 8.1 Overview of contraceptive methods with transmasculine-specific considerations (Krempasky et al., 2020)

	Invasive/pelvic procedure	Contains estrogen	Contains progesterone	Risk for spotting/bleeding	Reduces/ceases bleeding	Effect on cramping	Chest/breast tenderness	Privacy/concealability	Requires frequent dosing / Clinician needed to discontinue	Efficacy (perfect/typical)	
Combined Oral Contraceptives	N	Y	Y	low	If continuous	↓	+ at start	moderate	N	N	99/91
Progesterone Only Contraceptive Pill	N	Y	Y	low	Y	↓		moderate	N	N	99/91
Patch	N	Y	Y	low	If continuous	↓	+ at start	moderate	Y	N	99/91
Ring	frontal insertion	Y	Y	low	If continuous	↓	+ at start	moderate	Y	N	99/91
Depot medroxyprogesterone acetate	N	N	Y	high	Y	↓	infrequent	very	Y	N	99/94
Implant	subdermal insertion	N	Y	high	Y	↓	possible	very	N	Y	99/99 <sup>2</sup>
Intrauterine Device (IUD): Copper	Y	N	N	low	Heavier bleeding	↑	N	very	N	Y	99/99
IUD: Progesterone	Y	N	Y	high	Y	↑ at insertion, then ↓	possible	very	N	Y	99/99
Sterilization	requires surgery	N	N	N	N	none	N	very	N	n/a	99/99
Diaphragm	frontal insertion	N	N	N	N	none	N	moderate	N	N	94/88
Condom: Internal	frontal insertion	N	N	N	N	none	N	low	n/a	N	95/79
Condom: External	N	N	N	N	N	none	N	low	n/a	N	98/82
Emergency Contraception (EC): Ulipristal acetate <sup>3</sup>	N	N	N	Y	N	↑, self-limiting	possible	one dose (prescription)	n/a	N	85/85 <sup>4</sup>
EC: Levonorgestrel	N	N	Y	Y	N	↑, self-limiting	possible	one dose (over the counter)	n/a	N	75-89 <sup>5</sup>

*Superscript number 1* indicates the transmasculine individuals may find daily-, weekly-, or monthly-use contraceptive methods to be periodic reminders of anatomy or previous gender experience that is not aligned with their current identity. *Superscript number 2* indicates the copper intrauterine device is the most effective method of emergency contraception and can be used for up to 5 days after unprotected intercourse.<sup>83</sup> *Superscript number 3* indicates that because ulipristal acetate is a progesterone antagonist, it does not work as well for persons already using a progesterone-containing contraceptive (ie, if someone is taking emergency contraception after having missed combined hormonal contraceptives, levonorgestrel would be a better choice).<sup>83</sup> *Superscript number 4* indicates that ulipristal acetate EC reduces the risk of pregnancy up to 85% and works just as well on any day you take it up to 5 days after unprotected sex.<sup>83</sup> *Superscript number 5* indicates that levonorgestrel EC reduces the risk of pregnancy by 75–89% if you take it within the first 3 days after sex. It is less effective the more time that passes and may not work 4 or 5 days after sex.<sup>83</sup>

downward arrow, decreases N, no; upward arrow, increases; Y, yes.

## 8.2 Vue d'ensemble des méthodes contraceptives avec des considérations spécifiques pour les personnes transmasculines (Helsen, 2022)

Méthode	Procédure invasive	avec œstrogènes	avec progest.	risque de spotting	réduction des saign.	Crampes	Poitrine sensible	Visibilité	LARC <sup>1</sup>	Arrêt autonome	Efficacité théorique/pratique
Pilule combinée	✗	✓	✓	faible	✓ sans pause	↓	+ au début	modérée	✗	✓	99/91
Patch	✗	✓	✓	faible	✓ sans pause	↓	+ au début	modérée/ élevée	✗	✓	99/91
Anneau	insertion frontale	✓	✓	faible	✓ sans pause	↓	+ au début	modérée	✗	✓	99/91
Pilule progestative	✗	✗	✓	faible	✓	↓	possible	modérée	✗	✓	99/91
Injection trimestrielle	✗	✗	✓	élevé	✓	↓	peu fréquent	aucune	✓	✓ <sup>2</sup>	99/94
Implant	✓	✗	✓	élevé	✓	↓	possible	aucune	✓	✗	99/99
DIU progestatif	✓	✗	✓	modéré	✓	↑ à la pose puis ↓	possible	aucune	✓	✗	99/99
DIU cuivre	✓	✗	✗	faible	↑	↑	✗	aucune	✓	✗	99/99
Préservatif interne	insertion frontale	✗	✗	✗	✗	aucun	✗	élevée	✗	✓	95/79
Préservatif externe	✗	✗	✗	✗	✗	aucun	✗	élevée	✗	✓	98/82
Diaphragme	insertion frontale	✗	✗	✗	✗	aucun	✗	modérée	✗	✓	94/88
Stérilisation (diverses options)	chirurgie	✗	✗	dépend des options	dépend des options	dépend des options	✗	aucune	n/a	n/a	99/99

<sup>1</sup> LARC = Long action reversible contraception = contraception réversible à action longue <sup>2</sup> retour à la fertilité retardé

Considérations spécifiques pour les personnes transmasculines en contraception :

- 1) Langage inclusif et vocabulaire génital choisi par la personne
- 2) Niveau et motif(s) de dysphorie de genre variables selon la personne et le contexte
- 3) Appréhension d'un examen ou procédure gynécologique
- 4) Refus ou appréhension à l'idée d'utiliser des hormones féminines (surtout les œstrogènes)
- 5) Souffrance physique et psychique due aux crampes et saignements menstruels
- 6) Relation à la poitrine (douleurs avec binder)
- 7) Arrêt de la contraception en autonomie et retour à la fertilité
- 8) Visibilité de la contraception et rappel plus ou moins fréquent au sexe assigné à la naissance
- 9) Informations sur les autres effets indésirables possibles (ceux dont les femmes cisgenres se plaignent, p. ex. libido en baisse, charge mentale, etc.)
- 10) Désir d'enfant(s) et informations sur la préservation de fertilité ou/et PMA

Eléments importants à prendre en compte :

- Les hommes trans, les personnes transmasculines et/ou non binaires assignées femme à la naissance sous traitement de testostérone risquent aussi des grossesses non-planifiées en cas de rapports sexuels non protégés avec un potentiel de reproduction. L'aménorrhée ne garantit pas une contraception fiable.
- Aucune méthode contraceptive n'est pour l'instant considérée comme contre-indiquée avec une thérapie hormonale de testostérone. Ceci inclut également les contraceptifs oestroprogestatifs et la contraception d'urgence. Les contre-indications restent les mêmes que pour les femmes cisgenres.
- Bien qu'aucune étude complète n'existe sur les liens entre la thérapie hormonale et la contraception, on considère que les méthodes de contraception agissent avec le même mécanisme d'action chez les personnes sous testostérone. En ce qui concerne l'efficacité, il n'existe pas pour l'instant de recherches fiables et suffisantes à ce sujet pour affirmer que l'efficacité est la même que pour les femmes cisgenres.
- Les clinicien-ne-s doivent dûment informer les personnes choisissant un dispositif intra utérin sur l'examen gynécologique et la pose, ainsi que sur les possibles saignements et crampes qui peuvent survenir après celle-ci. De plus, il est primordial de demander le consentement à chaque étape de la procédure. La testostérone pouvant causer des sécheresses ou/et une atrophie vaginale, la pose peut s'avérer douloureuse. Des analgésiques ou une légère sédation peuvent être proposés en amont pour prévenir les douleurs et détendre la personne.
- Les statistiques montrent que ce public cible est plus souvent victime de microagressions et de violences dans le domaine des soins et cherche donc moins d'assistance médicale que le reste de la population.

### 8.3 Aide-mémoire pour les professionnel-le-x-s : Contraception transmasculine (PROFA, 2023)

#### ÉLÉMENTS IMPORTANTS

Les hommes trans, les personnes transmasculines et/ou non binaires assignées femmes à la naissance sous traitement de testostérone risquent aussi des grossesses non planifiées en cas de rapports sexuels non protégés avec un potentiel de reproduction. **L'aménorrhée ne garantit pas une contraception fiable.**

A ce jour, aucune méthode contraceptive n'est considérée comme incompatible avec un traitement hormonal. Ceci inclut également les contraceptifs oestroprogestatifs et la contraception d'urgence. Les contre-indications restent les mêmes que pour les femmes cisgenres.

Bien qu'aucune étude n'existe sur les interactions entre thérapie hormonale et contraception, on considère que les méthodes de contraception agissent avec le même mécanisme d'action chez les personnes sous testostérone et que leur efficacité devrait donc être similaire.

Les clinicien-ne-x-s doivent informer les personnes choisissant un dispositif intra-utérin (DIU) sur l'examen gynécologique et la pose, ainsi que sur les possibles saignements et crampes qui peuvent survenir. **Il est primordial de demander le consentement à chaque étape.** La testostérone peut causer des sécheresses ou/et une atrophie vaginale, ce qui peut rendre la pose d'un DIU encore plus douloureuse. Des analgésiques ou une légère sédation peuvent être proposés pour prévenir les douleurs et détendre la personne.

Les recherches montrent que ce public cible est plus souvent victime de micro-agressions et de violences dans le domaine des soins et consulte donc moins que le reste de la population.

#### Sources

- WPATH (2022) *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people*. Version 8, pp.161-162. [www.wpath.org](http://www.wpath.org)
- Gava, G., Mancini, L. & Meriggiola, M. (2022). *Contraceptive Advice for Trans Male Persons*. In M. Van Trotsenburg, R. Luikenaar, & M. Meriggiola (Eds.), *Context, principles and practice of transgynecology: managing transgender patients in obgyn practice* (pp. 168-171). Cambridge University Press.
- Krempasky C., Harris M., Abern L., & Grimstad F. (2019). *Contraception across the transmasculine spectrum*. *Clinical Opinion*, 222(2), pp. 134-143.
- Boudreau D. & Mukerjee R. (2019) *Contraception care for transmasculine individuals on testosterone therapy*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64, pp.395-402.

**CHECKPOINT**  
VAUD

Santé HSH & trans  
Lausanne  
[profa.ch/checkpoint](http://profa.ch/checkpoint)  
[checkpoint@profa.ch](mailto:checkpoint@profa.ch)

Pôle Trans  
Lausanne  
[profa.ch/pole-trans](http://profa.ch/pole-trans)  
[pole-trans@profa.ch](mailto:pole-trans@profa.ch)

**1-CHECK**

Santé FSF & trans  
Renens  
[profa.ch/1-check](http://profa.ch/1-check)  
[1-check@profa.ch](mailto:1-check@profa.ch)

**FONDATION PROFA**

Consultation de santé sexuelle  
Aigle, Lausanne, Morges, Nyon, Payerne, Renens, Vevey, Yverdon  
[profa.ch/sante-sexuelle](http://profa.ch/sante-sexuelle)  
[sante-sexuelle@profa.ch](mailto:sante-sexuelle@profa.ch)

**NOTRE BD COUP DE COEUR**

La recherche de contraception d'un homme trans, racontée par W. Betke-Brunswick  
À lire sur [www.profa.ch/contraception-trans-bd](http://www.profa.ch/contraception-trans-bd)

Document réalisé par la Fondation PROFA  
Relu et diffusé par SANTÉ SEXUELLE SUISSE  
06/2023

\* **SANTÉ SEXUELLE**  
**SEXUELLE GESUNDHEIT**  
**SALUTE SESSUALE**  
SUISSE SCHWEIZ SVIZZERA

**FONDATION PROFA**

AIDE-MÉMOIRE POUR LES PROFESSIONNELLE-X-S

**CONTRACEPTION TRANSMASCULINE**

[WWW.PROFA.CH](http://WWW.PROFA.CH)

Méthode	Procédure invasive	Avec œstrogènes	Avec progest.	Risque de spotting	Réduction des saignements	Crampes	Poitrine sensible	Visibilité	LARC <sup>1</sup>	Arrêt autonome	Efficacité théorique pratique (%)
Pilule combinée	X	✓	✓	faible	✓ sans pause	↓	+ au début	modérée	X	✓	99 91
Patch	X	✓	✓	faible	✓ sans pause	↓	+ au début	modérée à élevée	X	✓	99 91
Anneau	insertion frontale	✓	✓	faible	✓ sans pause	↓	+ au début	modérée	X	✓	99 91
Pilule progestative	X	X	✓	faible	✓	↓	possible	modérée	X	✓	99 91
Injection trimestrielle	X	X	✓	élevé	✓	↓	peu fréquent	aucune	✓	✓ <sup>2</sup>	99 94
Implant	✓	X	✓	élevé	✓	↓	possible	aucune	✓	X	99 99
DIU progestatif	✓	X	✓	modéré	✓	↑ à la pose puis ↓	possible	aucune	✓	X	99 99
DIU cuivre	✓	X	X	faible	↑	↑	X	aucune	✓	X	99 99
Préservatif interne	insertion frontale	X	X	X	X	aucun	X	élevée	X	✓	95 79
Préservatif externe	X	X	X	X	X	aucun	X	élevée	X	✓	98 82
Diaphragme	insertion frontale	X	X	X	X	aucun	X	modérée	X	✓	94 88
Stérilisation (diverses options)	chirurgie	X	X	dépend des options	dépend des options	dépend des options	X	aucune	n/a	n/a	99 99

<sup>1</sup> Long action reversible contraception = contraception réversible à action longue    <sup>2</sup> Retour à la fertilité retardé

#### CONSIDÉRATIONS SPÉCIFIQUES

- Langage inclusif et vocabulaire génital choisi par la personne
- Niveau et motif(s) de dysphorie de genre variables selon la personne et le contexte
- Appréhension d'un examen ou procédure gynécologique
- Refus ou appréhension à l'idée d'utiliser des hormones féminines (surtout les œstrogènes)
- Souffrance physique et psychique due aux crampes et saignements menstruels
- Relation à la poitrine (douleurs avec binder)
- Arrêt de la contraception en autonomie et retour à la fertilité
- Visibilité de la contraception et rappel plus ou moins fréquent au sexe assigné à la naissance
- Informations sur les autres effets indésirables possibles (ceux dont les femmes cisgenres se plaignent, p. ex. libido en baisse, charge mentale, etc.)
- Désir d'enfant(s) et informations sur la préservation de fertilité ou/et la PMA