

Les enjeux spécifiques de santé des personnes LGBTIQ

Gesundheitliche Bedürfnisse von LGBTIQ Personen

aidshilfe
OBERWALLIS

Office cantonal
de l'égalité et
de la famille



SIPE
www.sipe-vs.ch



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis

LES ENJEUX SPÉCIFIQUES DE SANTÉ

DES PERSONNES LGBTIQ

JOURNÉE CANTONALE DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION POUR LE PERSONNEL DE LA SANTÉ



16 NOVEMBRE 2023, 13H-17H

SALLE DU BOURGEOIS, SIERRE

Programme

13h00 - 13h30	Accueil
13h30 - 14h30	I-CARE : une formation pionnière par apprentissage en ligne sur la santé des personnes LGBTIQ+ Dr méd., MER clin., MPH, Raphaël Bize Médecin cadre Unisanté, Lausanne.
14h30 - 15h30	Cis, Trans, non-binär? Was ist das denn? (traduction simultanée) Prof. Dr. med. Annette Kuhn Chefärztin - Stv. Leiterin Urogynäkologie Inselspital Bern.
15h30 - 16h30	Soins psychiques – spécificités dans la population LGBTIQ Dr méd. Ioan Cromec Spéc. psychiatrie et psychothérapie Sion.
16h30 - 17h00	Echanges avec la salle
17h00	Apéritif

Informations

PUBLIC CIBLE - Médecins - Infirmier·ère·s - Personnel de santé	INSCRIPTION www.psvalois.ch/lgbtiq23 Délai d'inscription : 10 novembre 2023
CRÉDITS DE FORMATION - SMVS : 3 crédits (en attente de validation) - SSGO : 3 crédits (en attente de validation) - SSPP : 3 crédits (en attente de validation)	RENSEIGNEMENTS Johanne Guex Coordinatrice PREMIS 027 329 04 23 johanne.guex@psvalois.ch

GESUNDHEITLICHE BEDÜRFNISSE

VON LGBTIQ PERSONEN

KANTONALER SENSIBILISIERUNGS- UND AUSBILDUNGSTAG FÜR GESUNDHEITSPERSONAL



16. NOVEMBER 2023

13.30 BIS 17.00 UHR

SALLE DU BOURGEOIS, SIDERS

Programm

13.00 - 13.30	Begrüssung der Teilnehmenden
13.30 - 14.30	I-CARE: eine innovative online Ausbildung über die Gesundheit von LGBTIQ+ Personen (Französisch - Simultanübersetzung vorhanden) Dr méd., MER clin., MPH, Raphaël Bize Médecin cadre Unisanté, Lausanne.
14.30 - 15.30	Cis, Trans, non-binär? Was ist das denn? Prof. Dr. med. Annette Kuhn Chefärztin - Stv. Leiterin Urogynäkologie Inselspital Bern.
15.30 - 16.30	Psychische Gesundheit - Besonderheiten bei LGBTIQ+ (Französisch - Simultanübersetzung vorhanden) Dr méd. Ioan Cromec Spéc. psychiatrie et psychothérapie Sion.
16.30 - 17.00	Austausch mit allen Anwesenden
ab 17.00	Apéro

Informationen

ZIELGRUPPE - Ärzt*innen - Pflegefachpersonen - Personal im Gesundheits	ANMELDEN www.psvalois.ch/lgbtiq23d Anmeldefrist: 10. November 2023
CREDITS - SMVS/VSAG: 3 credits - SSGO: credits angefragt - SGPP: credits angefragt	AUSKUNFT Tamara Croft PREMIS-Koordinatorin 027 946 4668 croft@aidvs-vs.ch

Accueil

Begrüßung

aidshilfe
OBERWALLIS

Office cantonal
de l'égalité et
de la famille



SIPE
www.sipe-vs.ch



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis

Raphaël BIZE

Médecin associé (médecin cadre)
Responsable du secteur Evaluation et
expertise en santé publique (CEESAN) au
sein du département Epidémiologie et
systèmes de santé (DESS)
Unisanté, Lausanne

Assistenzart (Kaderarzt)
Verantwortlicher des Sektors Evaluation
und Expertise im Bereich öffentliche
Gesundheit (CEESAN) innerhalb der
Abteilung Epidemiologie und
Gesundheitssysteme (DESS).
Unisanté, Lausanne



I-CARE : une formation pionnière par apprentissage en ligne sur la santé des personnes LGBTIQ+

Journée cantonale LGBTIQ Valais – Wallis
16 novembre 2023

Raphaël Bize, MD, MPH, MER clin.

Département d'épidémiologie et des systèmes de santé, Unisanté, Lausanne

- Le manque de formation sur la santé des LGBTI et ses conséquences
- Pourquoi l'apprentissage en ligne peut-il combler cette lacune ?
- Les ingrédients clés d'un programme d'apprentissage en ligne efficace
- L'exemple du programme I-CARE

- **Manque de formation des MPR et du personnel infirmier**
- **Accès limité à des soins adéquats**
- **Nombre limité d'heures de formation pré-graduée disponibles (2 périodes)**
- **Nombre limité d'enseignants qualifiés**

Bize R, Volkmar E, Blanc-Scuderi Z, Medico D, et al. I-CARE : une formation pionnière par apprentissage en ligne sur la santé des personnes LGBTIQ+. Rev Med Suisse 2023;19:1277-81. DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.833.1277.

- **Soins inadéquats, diagnostics erronés**
- **Confiance limitée des patients LGBTIQ+ envers les PdS**
- **Occasions manquées d'avoir un dialogue significatif**
- **Renoncement aux soins**

Bize R, Berrut S, Volkmar E, Medico D, Werlen M, Aegerter A, et al. Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées. Dans Bodenmann P, Jackson Y, Wolff H, editors. Vulnérabilités, équité et santé. 2e éd. Chêne-Bourg : RMS éditions / Médecine et Hygiène ; 2022. p. 347-60.

Intérêt de l'apprentissage en ligne



- Permet un accès flexible et pratique au matériel de formation, en tenant compte des horaires chargés des PdS

- Atteint un public plus large, ce qui permet à un plus grand nombre de PdS de recevoir la formation nécessaire

- Fournit un contenu interactif et attrayant, améliorant l'expérience d'apprentissage et la rétention des connaissances

Exemples de programmes existants (1)

 **Stanford MEDICINE** | Educational Technology
Technology & Digital Solutions

Home > Course > Teaching LGBTQ+ Health



Teaching LGBTQ+ Health

Current Status	Price	Get Started
NOT ENROLLED	FREE	Take this Course

A Faculty Development Course for Health Professions Educators

This curriculum is designed for faculty members and health professions educators at Stanford Medicine and beyond. The course goals are to improve your knowledge, teaching skills, and attitudes pertaining to the provision of health care to LGBTQ+ patients.

[//mededucation.stanford.edu](https://mededucation.stanford.edu)

<https://mededucation.stanford.edu/courses/teaching-lgbtq-health/>

unisanté

Exemples de programmes existants (2)

 **HARVARD MEDICAL SCHOOL**
GLOBAL ACADEMY



LGBTQ HEALTH ISSUES

Stay up-to-date on health care for the LGBTQ population with Harvard Medical School Global Academy's online courses

Learn More

Enroll Now - Self-Paced Courses - Earn CME Credit

Presented by the Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital and the Department of Global and Continuing Education, Harvard Medical School. Traditional medical education and training have not focused on the health care needs of LGBTQ individuals, which is an important topic of discussion given the numerous health disparities experienced by this population. The diverse subgroups in the LGBTQ community have been largely stigmatized in many areas of life, which leads to poor health outcomes and avoidance of medical treatment. These courses seek to bridge the gap in traditional medical education to help primary care physicians, specialists, and other health care professionals, who work with LGBTQ patients, to provide gender-sensitive and inclusive care.

Courses Include:

- [LGBTQ Health Issues: Definitions, History, and Current Models](#) - Enrolling Now
- [LGBTQ Health: Diverse Populations](#) - Starting February 20, 2018

Exemples de programmes existants (2)



Université de Stanford

Programme « **Teach the teacher** » destiné aux médecins et aux autres PdS.

Couvre des sujets tels que la **terminologie, les disparités en matière de santé et les soins culturellement compétents**.

Comprend des **modules interactifs, des études de cas et des quiz** pour stimuler l'apprentissage.

Université de Harvard

Programme conçu pour **améliorer les connaissances en matière de santé des LGBTI** chez les MPR et autres PdS.

Se concentre sur la **compréhension des besoins spécifiques** des personnes LGBTI en matière de santé et la provision de **soins inclusifs**.

Principalement basé sur des **cours face caméra** et des **quiz**.

Ingrédients clés pour un programme efficace



Définir des **objectifs d'apprentissage clairs et mesurables**

Contenus multimédias interactifs et attrayants, tels que des **témoignages, des entretiens simulés et des quiz**

Système de navigation convivial qui permette de naviguer facilement dans le programme

Garantir une forte **implication des personnes concernées** ainsi qu'une bonne **représentativité** des contenus

Engager les apprenant·es et **maintenir leur motivation** tout au long du cours

Adapter le programme aux différents **publics cibles et aux préférences**

Défis

- Ressources et financement limités pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un tel programme
- Garantir l'inclusion et la sensibilité culturelle dans la conception des supports de formation
- Résistance au changement et réticence à adopter de nouvelles méthodes d'apprentissage
- Concurrence avec d'autres formations et sous-estimation du bénéfice pour ses patient·es
- Mettre à jour et adapter les contenus pour refléter l'évolution des connaissances et des pratiques

Solutions

- Construire une coalition et obtenir un soutien du monde universitaire pour l'obtention de financements
- Impliquer des représentants LGBTIQ+ à tous les stades de l'élaboration des contenus
- Développer une stratégie de communication soulignant la facilité d'accès et la flexibilité du cursus
- Susciter l'intérêt en communiquant sur les bénéfices en termes de compétences relationnelles «universelles»
- Générer des revenus afin de financer la maintenance et la mise à jour du programme

L'exemple du programme de formation I-CARE



Improving care and access for rainbow equity

Formation en ligne pour améliorer les pratiques professionnelles
avec et pour les personnes de la diversité arc-en-ciel

- **Médecins de premier recours + autres professionnel·les de la santé**
 - Formation post-graduée et continue (Suisse romande)

- **Étudiant·es en médecine (UNIL, UNIGE, UNIFR)**
 - En plus des cours ex-cathedra (intégration)

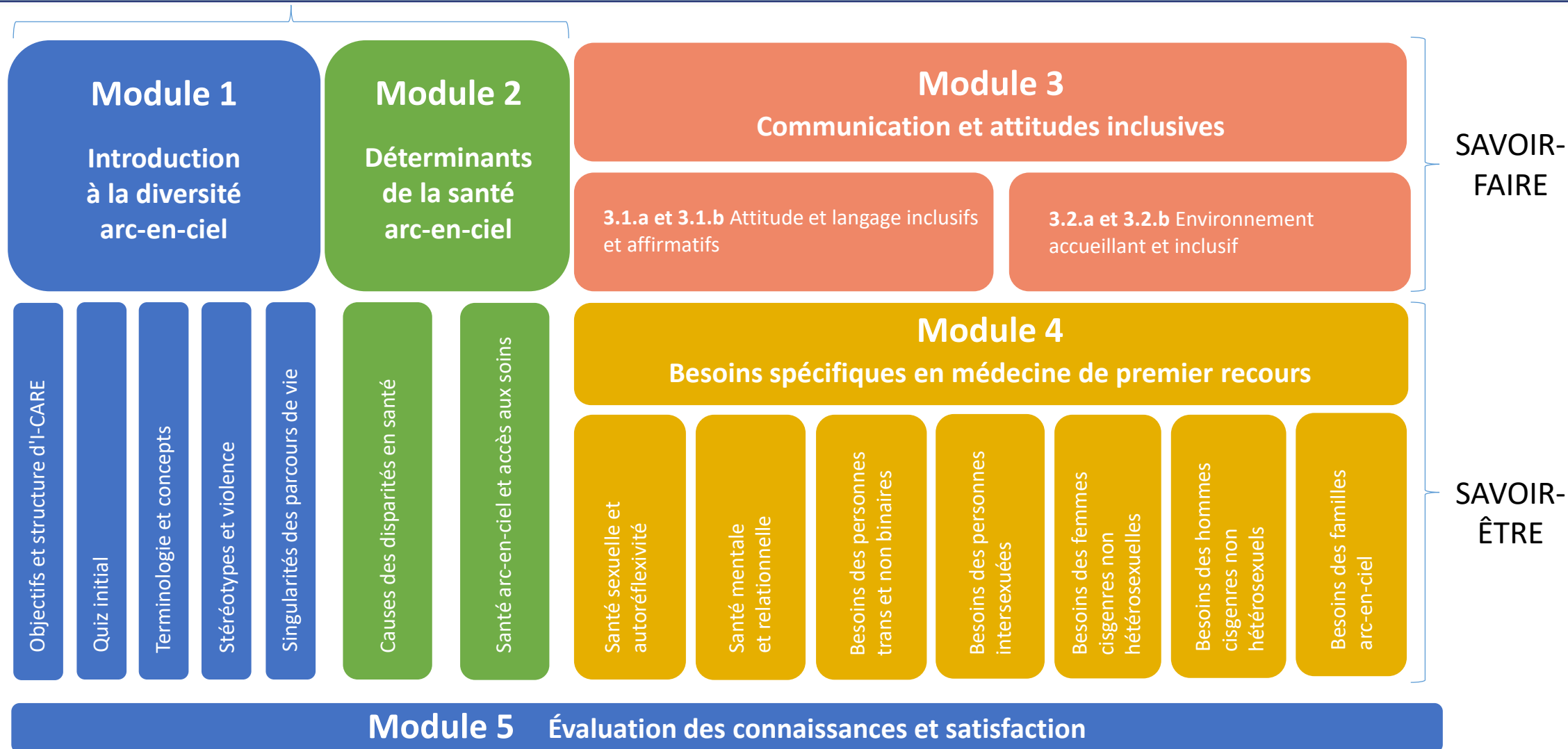
- **Étudiant·es en soins infirmiers**
 - Collaboration avec les HES

- Identifier son rôle et sa responsabilité en tant que professionnel·le de la santé dans la fourniture de soins culturellement et médicalement appropriés aux personnes de la diversité de l'arc-en-ciel
- Acquérir les connaissances, les compétences et les outils de base nécessaires pour fournir des soins de premier recours de qualité

Structure de formation



SAVOIR



- **Ressources humaines et soutien financier :**
 - Unisanté (sponsor du projet)
 - UNIL
 - Centre Maurice Chalumeau des sciences sexuelles (UNIGE)
 - Canton de Vaud
 - CHUV
 - Université de Genève et HUG
 - Institut et Haute Ecole de la Santé La Source
 - HESAV
- **Soutien à la formation**
 - Organisations communautaires arc-en-ciel et experts scientifiques dans le domaine

■ Équipe de projet

- Raphaël Bize (chef de projet)
- Zoé Blanc-Scuderi (coordinatrice)
- Erika Volkmar
- Patrick Bodenmann
- Arnaud Merglen
- Céline Brockmann

■ Enseignant·es

- Erika Volkmar
- Raphaël Bize
- Patrick Bodenmann
- Arnaud Merglen
- Céline Brockmann
- Caroline Dayer
- Denise Medico
- Camille Béziane
- Mathieu Turcotte
- Anne François
- Florent Jouinot
- Jérémie Nayak
- Sophie Peuble-Bovon
- Anne-Emmanuelle Ambresin
- Martine Jacot-Guillarmod
- Adèle Zufferey
- Raphaël Wahlen
- Deborah Abate
- Caroline Gautier
- Sylvan Berrut
- Vanessa Christinet
- Patrick Schmitt
- Nicolas Ozelley
- Catherine Fussinger
- Isabelle Favre

MERCI DE VOTRE ATTENTION

raphael.bize@unisante.ch

Prof. Dr. Annette KUHN

Leitende Ärztin Urogynäkologie
und Stv. Chefärztin Gynäkologie
Inselspital, Bern

Médecin-chef en urogynécologie
et médecin-chef adjointe
en gynécologie
Hôpital de l'Île, Berne



aidshilfe
OBERWALLIS

Office cantonal
de l'égalité et
de la famille



SIPE
www.sipe-vs.ch



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

Cis, Trans, non-binär? Was ist das denn?

Prof. Dr. Annette Kuhn

Frauenklinik Bern

Inselspital

Inhalte

- Definitionen
- Prävalenz
- Hormonelle Therapien
- Operationen
- Soziale Aspekte, anderes...



Lesbian



Gay



Bisexual



Transgender



Inter



Queer



Weitere



**Sexuelle
Orientierung**
«Wen ich begehre»



**Geschlechtliche
Identität**
«Wer ich bin»



**Kann beides
bedeuten**

Was gibt es denn da alles so?

Transmann, Cismann

Transfrau, Cisfrau

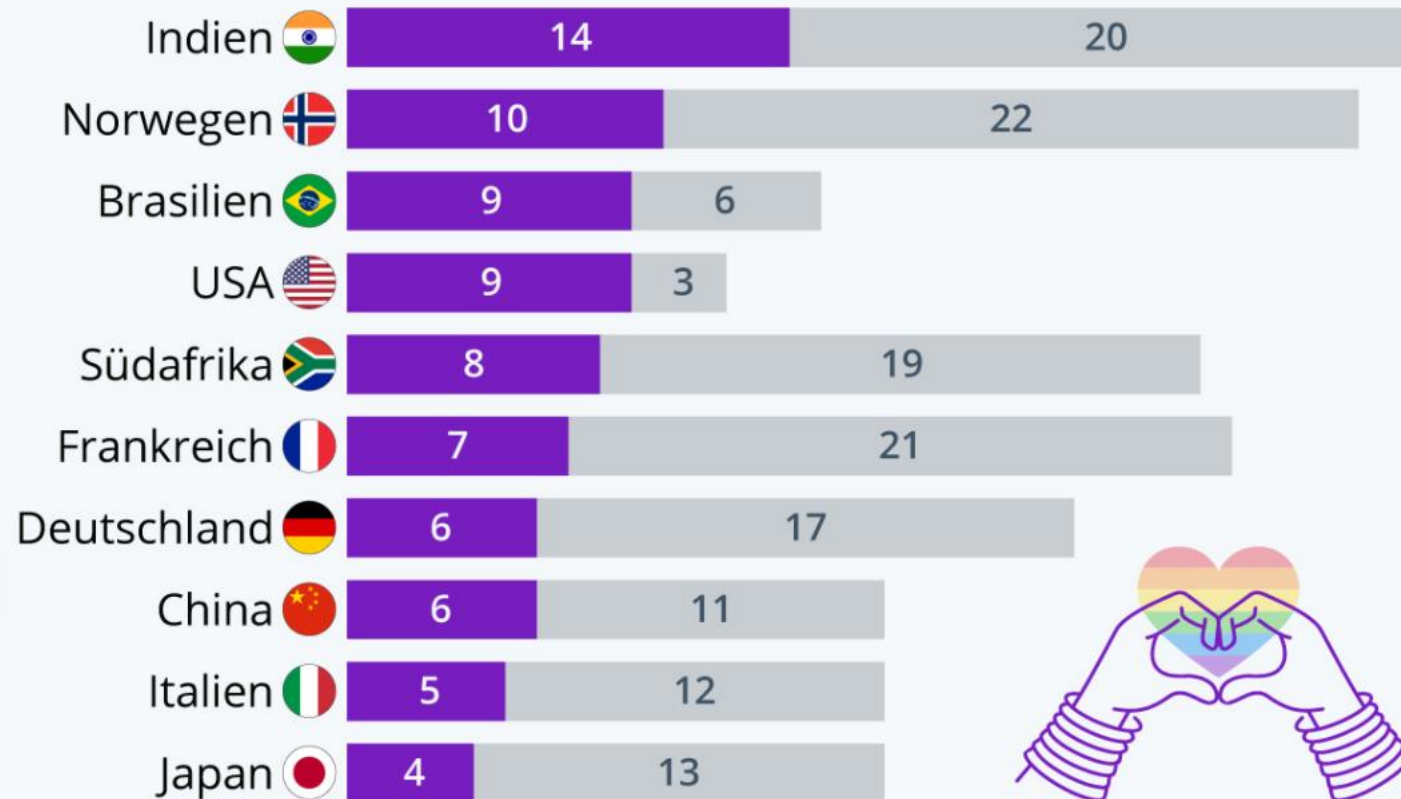
- gender queer / gender non-conforming
(geschlechtsneutral, ohne Geschlechterrolle)
- different identity (andere Identität)
- gender fluidity-> keine Gender –Konstanz

...

Wie groß ist die LGBTQ+ Community?

Zugehörigkeit zur LGBTQ+ Community fühlen vs möchte diese Frage nicht beantworten (in %)

- Fühle mich der LGBTQ+ Community zugehörig
- Möchte ich lieber nicht beantworten



Ca 0.2%?

Prävalenz: Transgender/Crossdressing

Schätzungen zur Prävalenz ³ von Cross-Dressing und TG/TS-Veranlagungen in den USA (2001)			
TG: Transgender, TS: Transsexualität, GA-OP: Geschlechtsangleichende Operation			
Kriterium	Konservative ⁵ Schätzung der gegenwärtigen Prävalenz	% von bis	„Intrinsische“ Prävalenz, ⁶ wahrscheinlicher Mindestwert
Intensives Cross-Dressing ⁴ in Teilzeit	1:50	2,0–5,0	1:20
Personen mit starken TG-Gefühlen	1:200	0,5–2,0	1:50
Personen mit intensiven TS-Gefühlen	1:500	0,2–0,7	1:150
TG-Transitionen ⁷ (ohne GA-OP)	1:1000	0,1–0,5	1:200
TS-Transitionen (mit GA-OP)	1:2500	0,04–0,2	1:500

Conway, Abstract, 2002

Unterscheide...

- Crossdresser
- Transvestiten
- Transmänner und -Frauen



Trans Frauen

- ~ Bei der Geburt als männlich zugewiesen, Geschlecht weiblich
- ~ Pronomen sie, ihr, etc. – auch für die Vergangenheit
- ~ Anrede Frau



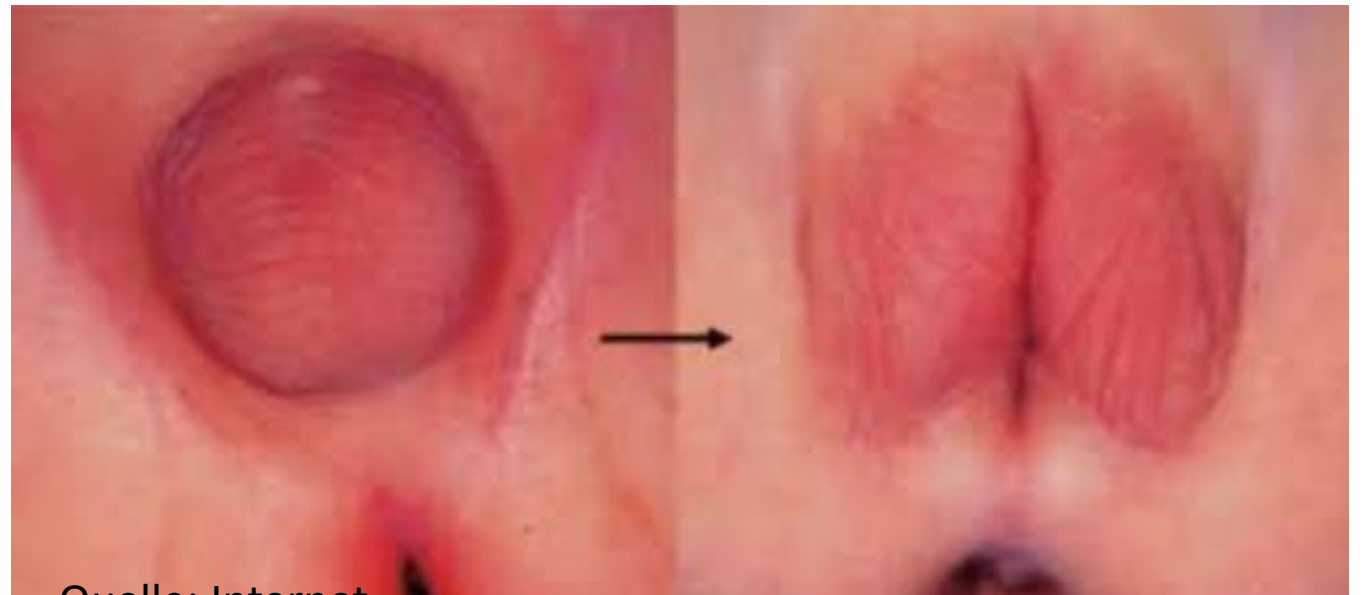
Trans Männer

- ~ Bei der Geburt als weiblich zugewiesen, Geschlecht männlich
- ~ Pronomen er, ihm, etc. – auch für die Vergangenheit
- ~ Anrede Herr



Unterscheide: Intersexualität

- Intersexualität oder Intergeschlechtlichkeit bezeichnet zusammenfassend sehr unterschiedliche klinische Phänomene mit unterschiedlichen biologischen Ursachen, so beispielsweise Abweichungen der Geschlechtschromosomen oder genetisch bedingte hormonelle Entwicklungsstörungen.
- Häufigkeit: 1:5000



Quelle: Internet

Die aktuellen rechtlichen Voraussetzungen erfordern ein psychiatrisches«Gutachten»

- Heute: «Gutachten» erforderlich, Umfang nicht bestimmt, psychiatrische Diagnose der Genderdysphorie, auch im Hinblick auf die Kostenübernahme, aber...



«Condition», nicht «Störung»...

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 18.6. ihren grundlegend überarbeiteten Krankheitenkatalog ICD-11 vorgestellt. Eine wichtige Neuerung: Trans* Personen werden nicht länger als Menschen mit „Störungen der Geschlechtsidentität“ im Abschnitt „Mentale und Verhaltensstörungen“ eingeordnet.

Stattdessen findet sich im neuen Abschnitt „Conditions related to sexual health“ (auf Deutsch etwa: mit der sexuellen Gesundheit zusammenhängende Umstände) die Kategorie „Gender incongruence“.

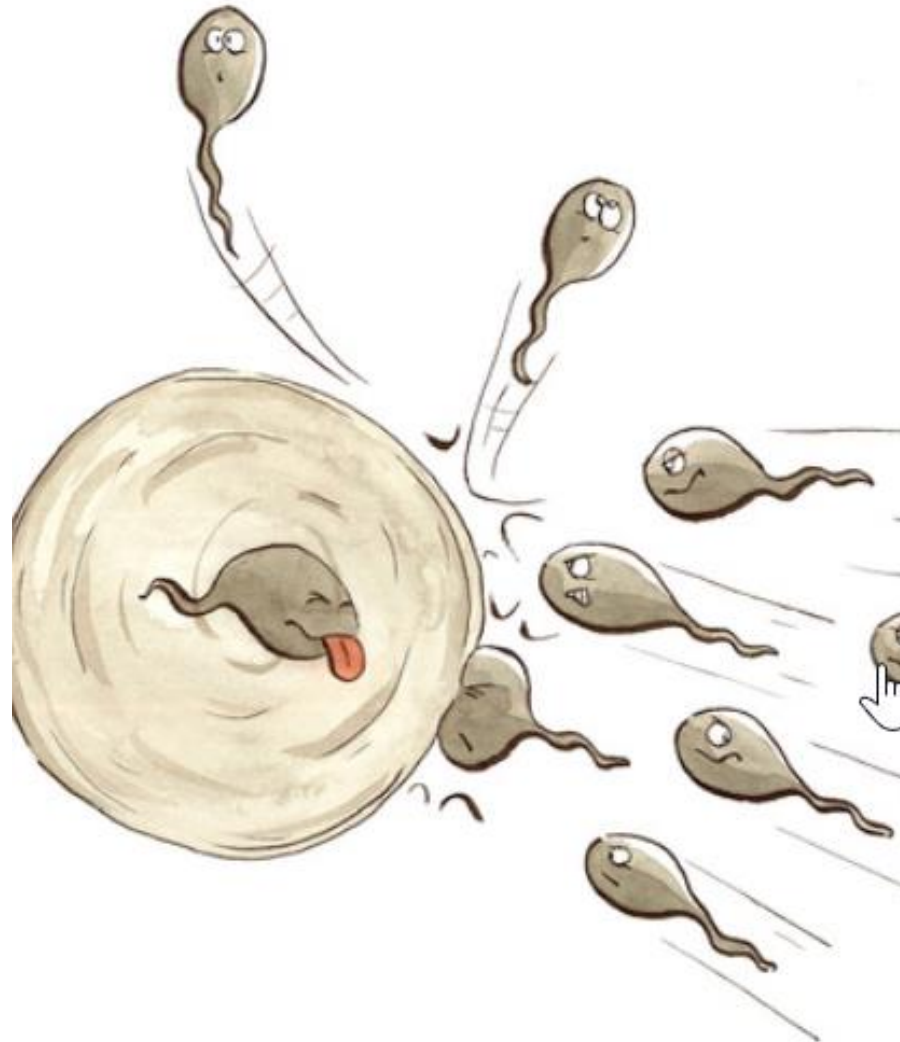
Definiert wird diese „Geschlechts-Inkongruenz“ als ausgeprägte und beständige Nichtübereinstimmung zwischen dem erlebten und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht.

...und was bedeutet das für die Praxis????

Was ist eine «Transition»?

- Induzierte Pubertät
- Dauer: +/- 2 Jahre
- Outing: Familie, Freunde, Job, soziales Umfeld
- Papiere
- Hormonelle Therapie, Operationen

Was ist unbedingt vorher zu klären -
Fertilitätserhalt



Original Investigation | Pediatrics

Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care

Diana M. Tordoff, MPH; Jonathon W. Wanta, MD; Arin Collin, BA; Cesalie Stepney, PhD; David J. Inwards-Breland, MD, MPH; Kym Ahrens, MD, MPH

Substanzabusus: 4-fach erhöhtes Risiko für Depression Doppelt so viele Depressionen und selbstverletzendes Verhalten

Table 2. Baseline Factors Associated With Mental Health Outcomes in Bivariate Models

Factor	Moderate or severe depression (PHQ-9 ≥ 10) ^a		Moderate or severe anxiety (GAD-7 ≥ 10) ^b		Any self-harm or suicidal thoughts ^c	
	aOR (95% CI)	P value	aOR (95% CI)	P value	aOR (95% CI)	P value
PBs or GAHs	0.67 (0.33-1.34)	.25	0.90 (0.49-1.66)	.74	0.47 (0.26-0.86)	.01
Time, mo						
0 (baseline)	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA
3	1.96 (0.99-3.90)	.05	1.46 (0.71-2.97)	.30	1.00 (0.49-2.06)	.99
6	1.01 (0.46-2.19)	.99	0.77 (0.39-1.52)	.45	1.22 (0.64-2.34)	.54
12	1.42 (0.55-3.66)	.47	0.95 (0.43-2.06)	.89	1.02 (0.41-2.52)	.97
Gender						
Male or transgender male	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA
Female or transgender female	1.07 (0.51-2.24)	.87	3.15 (0.92-10.8)	.07	1.20 (0.55-2.64)	.64
Nonbinary or gender fluid	2.40 (0.84-6.87)	.10	1.35 (0.67-2.72)	.40	2.17 (0.73-6.41)	.16
Race or ethnicity						
White	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA
Member of minority race or ethnic group ^d	1.08 (0.51-2.28)	.84	0.86 (0.45-1.66)	.66	0.92 (0.53-1.61)	.77
Age, y						
13-15	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA
16-17	1.79 (0.82-3.88)	.14	0.63 (0.29-1.39)	.25	0.86 (0.44-1.68)	.66
18-20	0.78 (0.24-2.51)	.68	1.17 (0.43-3.17)	.76	0.79 (0.36-1.74)	.55
Mental health and substance use at baseline						
Moderate or severe depression (PHQ-9 ≥ 10)	27.2 (13.4-55.4)	<.001	1.91 (0.85-4.29)	.12	1.06 (0.50-2.24)	.88
Moderate or severe anxiety (GAD-7 ≥ 10)	4.90 (2.27-10.6)	<.001	14.3 (7.31-27.9)	<.001	1.44 (0.76-2.72)	.27
Self-harm or suicidal thoughts	1.32 (0.61-2.85)	.48	1.49 (0.73-3.06)	.28	18.9 (10.4-34.1)	<.001
Receiving mental health therapy	1.46 (0.69-3.08)	.32	0.65 (0.31-1.38)	.26	0.75 (0.36-1.56)	.45
Tension with caregivers about gender identity or expression	1.93 (0.90-4.14)	.09	1.06 (0.52-2.15)	.87	1.55 (0.88-2.74)	.13
Any substance use	4.38 (2.10-9.16)	<.001	2.07 (1.04-4.11)	.04	2.06 (1.08-3.93)	.03
Resilience at baseline (CD-RISC 10 ≥ 22.5) ^e	0.85 (0.42-1.74)	.67	0.51 (0.26-1.00)	.05	0.74 (0.39-1.44)	.38

Abbreviations: aOR, adjusted odds ratio; CD-RISC 10, Connor-Davidson 10-item Resilience Scale; GAD-7, Generalized Anxiety Disorder 7-item scale; GAH, gender-affirming hormone; NA, not applicable; PB, puberty blocker; PHQ-9, Patient Health

^c Bivariate models are adjusted for self-harm or suicidal thoughts reported at baseline.

^d Owing to small sample sizes, this group includes Asian or Pacific Islander; Black or African American; Latino and Native American; American Indian; Alaska Native; or

Was heisst das für unsere Praxis-Frau, Transfrau mehr betroffen Substanzabusus-mehr suizidal

Resilienz!

Hohe Rate von Depression und Angstzuständen, schlimmer nach 3-6 Monaten, besser nach 1 Jahr!

In this prospective clinical cohort study of TNB youths, we observed high rates of moderate to severe depression and anxiety, as well as suicidal thoughts. Receipt of gender-affirming interventions, specifically PBs or GAHs, was associated with 60% lower odds of moderate to severe depressive symptoms and 73% lower odds of self-harm or suicidal thoughts during the first year of multidisciplinary gender care. Among youths who did not initiate PBs or GAHs, we observed that depressive symptoms and suicidality were 2-fold to 3-fold higher than baseline levels at 3 and 6 months of follow-up, respectively. Our study results suggest that risks of depression and suicidality may be mitigated with receipt of gender-affirming medications in the context of a multidisciplinary care clinic over the relatively short time frame of 1 year.

Und was bedeutet das für die Praxis?

-> enge Kooperation zwischen den Bereichen gefordert!!!

Gender Sprechstunde: Was machen wir?

Während Transition: Follow-up, generelle und psychische Gesundheit, HPV Impfung?
Fertilität?

BE, Blutdruck, Gewicht, klinische Untersuchung, Kolposkopie

Brust

Knochen

PAP

...und die wichtigste Frage bei jeder Konsultation?

Sind wir auf dem richtigen Weg?



Unbeantwortete Fragen....



«Microdosing»?

Dauer HRT?

Endometriale Sicherheit bei Androgenen?

Hb Erhöhung bei Transmännern?

Unsere PatientInnen...

n=220



Altersverteilung

Altersgruppe	n
< 20 Jahre	5
20-30 Jahre	24
31-40 Jahre	28
41-50 Jahre	15
51-60 Jahre	27
61-70 Jahre	31
>70 Jahre	15

Sehr verschiedene Altersgruppen
Verschiedene Altersgruppe-verschiedene Ansprüche

Hormone

Male to Female

Testosteronblockade
Oestrogengabe



Female to Male

Testosterongabe

Gabe von GnRH-Blockern

Mann-zu- Frau: Testosteronwirkungen

Effekte

Androgen Blockade: weniger Muskeln, mehr Fett,
weniger Energie, Kraft
weniger Haarwuchs
niedrigere Testosteronwerte

Östrogen: Brustwachstum, Feminisierung

Progesteron?

Nebenwirkungen

Erhöhtes Risiko für
Depressionen,
Antriebslosigkeit

> [BMJ](#). 2019 May 14;365:l1652. doi: 10.1136/bmj.l1652.

Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands

Christel J M de Blok^{1 2}, Chantal M Wiepjes^{1 2}, Nienke M Nota^{1 2}, Klaartje van Engelen³, Muriel A Adank⁴, Koen M A Dreijerink^{1 2}, Ellis Barbé⁵, Inge R H M Konings⁶,

Results: The total person time in this cohort was 33 991 years for trans women and 14 883 years for trans men. In the 2260 trans women in the cohort, 15 cases of invasive breast cancer were identified (median duration of hormone treatment 18 years, range 7-37 years). This was 46-fold higher than in cisgender men (standardised incidence ratio 46.7, 95% confidence interval 27.2 to 75.4) but lower than in cisgender women (0.3, 0.2 to 0.4). Most tumours were of ductal origin and oestrogen and progesterone receptor positive, and 8.3% were human epidermal growth factor 2 (HER2) positive. In 1229 trans men, four cases of invasive breast cancer were identified (median duration of hormone treatment 15 years, range 2-17 years). This was lower than expected compared with cisgender women (standardised incidence ratio 0.2, 95% confidence interval 0.1 to 0.5).

Transfrauen haben 46x mehr Brustkrebs als Cis-Männer
Transmänner haben weniger Brustkrebs als Cis Frauen

Frau-zu-Mann

Effekte

Mehr Muskeln, weniger Fett,
Mehr Haarwachstum

Tiefe Stimme

Mehr Antrieb, Aktivität

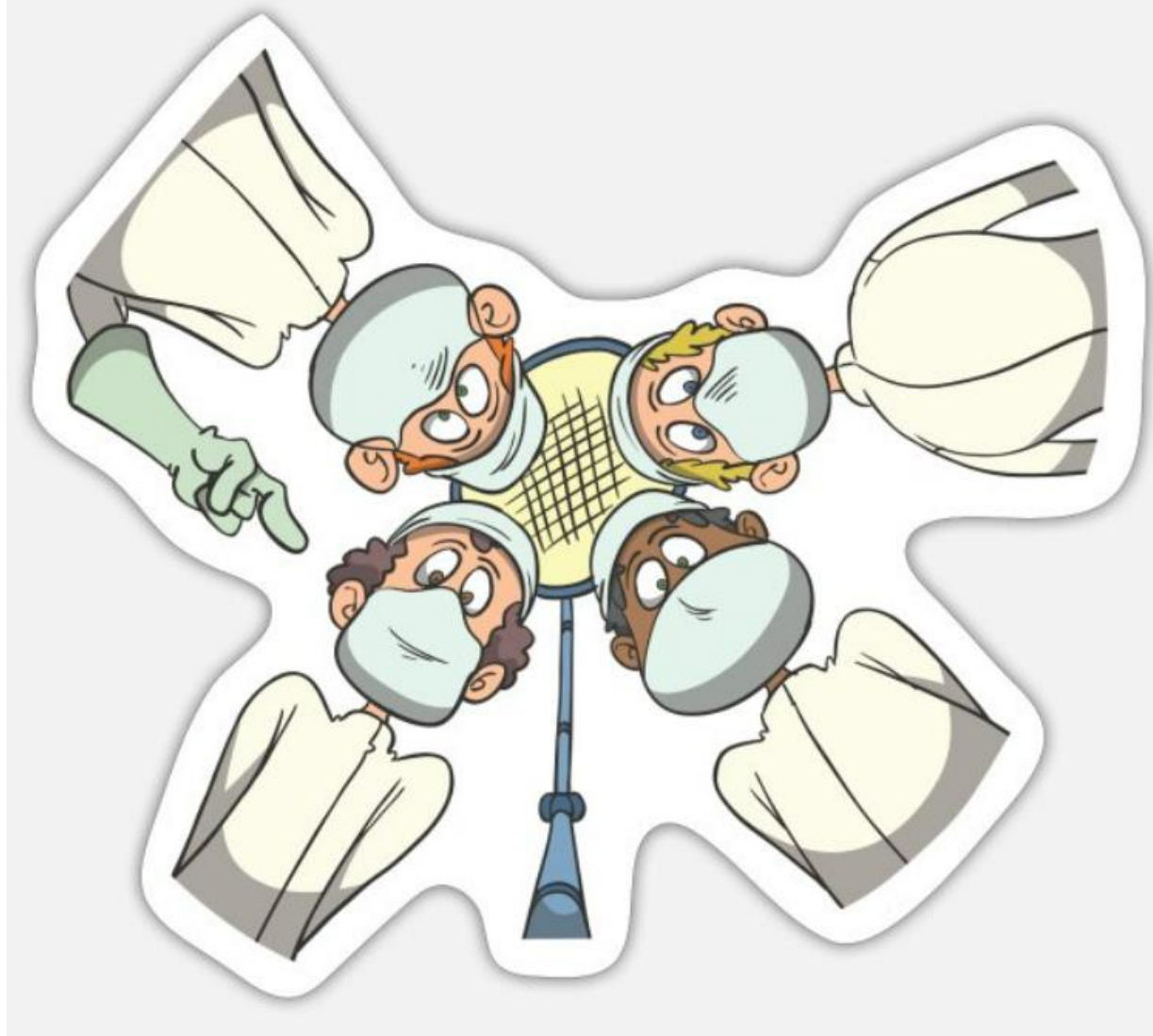
Je nach Genetik: Mehr Kopfhaarverlust

Nebenwirkungen

Erhöhung vom Blutwert
(Hämoglobin)

Erhöhung von Blutfetten

Operationen

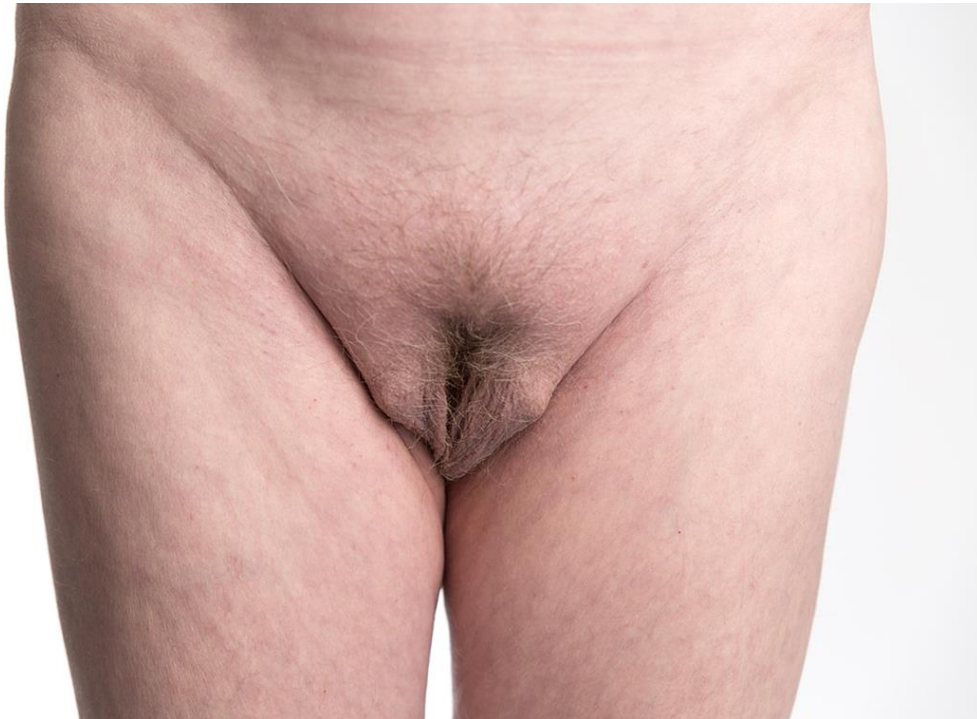


Mann-zu-Frau

- Entfernung der Testes-> sparen von Testosteronblockern
- Schaffung einer Vagina?
- Nur Schaffung eines weiblichen äusseren Genitales
- Gar nichts

Operationen: Transfrau

Mann-zu- Frau (Transfrau)



Frau – zu - Mann

- Mastektomie meist dringlicher Wunsch
- Inneres Genitale?
- Penisaufbau-> eher nein

Full length article

Screening for HPV and dysplasia in transgender patients: Do we need it?

[Stefan Mohr](#) , [Linda N. Gygax](#) , [Sara Imboden](#) , [Michael D. Mueller](#) ,
[Annette Kuhn](#)  

Results

We investigated overall 98 patients whereof 53 were transwomen and 45 transmen. Of those, 10.2 % had positive HPV tests and 10.2 % dysplastic changes in the PAP and one case of invasive anal carcinoma (1.02 %).

Alltagsfragen in der Sprechstunde...

Auf welche Toilette gehen?

Wie die Person anreden? Herr oder Frau?

Totaler Ortswechsel vs am Ort bleiben

Betreuung im Ausland

Auslandsreisen, wenn der Pass (noch) nicht geändert ist?

Outing: Verschiedenste Settings

Bewahrung der Fruchtbarkeit?

Einkaufen....

Familie: Wie geht es mit der Partnerschaft weiter?

Beruf?

Was passiert, wenn sich Menschen mit dem neuen Körper/Ich nicht identifizieren können?

Regretter

Erwartungen müssen realistisch gesetzt werden



WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH

WPATH

STANDARDS OF CARE

for the Health of Transgender
and Gender Diverse People

Version

8

WPATH.ORG

Wer hilft weiter?



Transgender
Network
Switzerland

Deutsch ▼



Home

Organisation

Information

Beratung

News

Agenda

Mitmachen

Medien

Kontakt

Spenden

Übersicht

Vorstand

Statuten

Leitbild

Mit-nach-Hause Nehm- Mitteilung

Begriffsdefinitionen Trans-Inter-non-binär, Prävalenz

Aspekte der Transition: hormonell, chirurgisch

Interdisziplinäre Zusammenarbeit, ganzheitliche Betrachtung
wichtig

Dr. Ioan CROMEC

Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie



aidshilfe
OBERWALLIS

Office cantonal
de l'égalité et
de la famille

SIPE
www.sipe-vs.ch

Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis



Soins psychiques – spécificités dans la population LGBTIQ

Dr Ioan Cromec

Spéc. psychiatrie et psychothérapie

Journée cantonale LGBTIQ - 16.11.2023



Plan

- A Notions de base
- B Quelques chiffres
- C Stress minoritaire (LGB)
- D Accompagnement des personnes trans
- E Take home messages
- F Références



A. Différencier sexualité, genre, sexe

- Orientation sexuelle :
 - Attirance sexuelle et affective
 - Comportement (activité sexuelle)
 - Auto-identification
- Identité de genre
 - Sentiment profond et intime d'être un homme, une femme, aucun ou hors de la logique binaire
 - Cisgenre (genre assigné = genre vécu)
 - Transgenre (genre assigné ≠ genre vécu)
 - Agenre, non-binaire ou fluidité de genre
- Caractéristiques sexuelles
 - Primaires (hormones, chromosomes, organes génitaux)
 - Secondaires (pilosité, timbre voix, distribution graisse, poitrine, pomme d'Adam, etc)
 - Variation du développement sexuel (intersexuation)



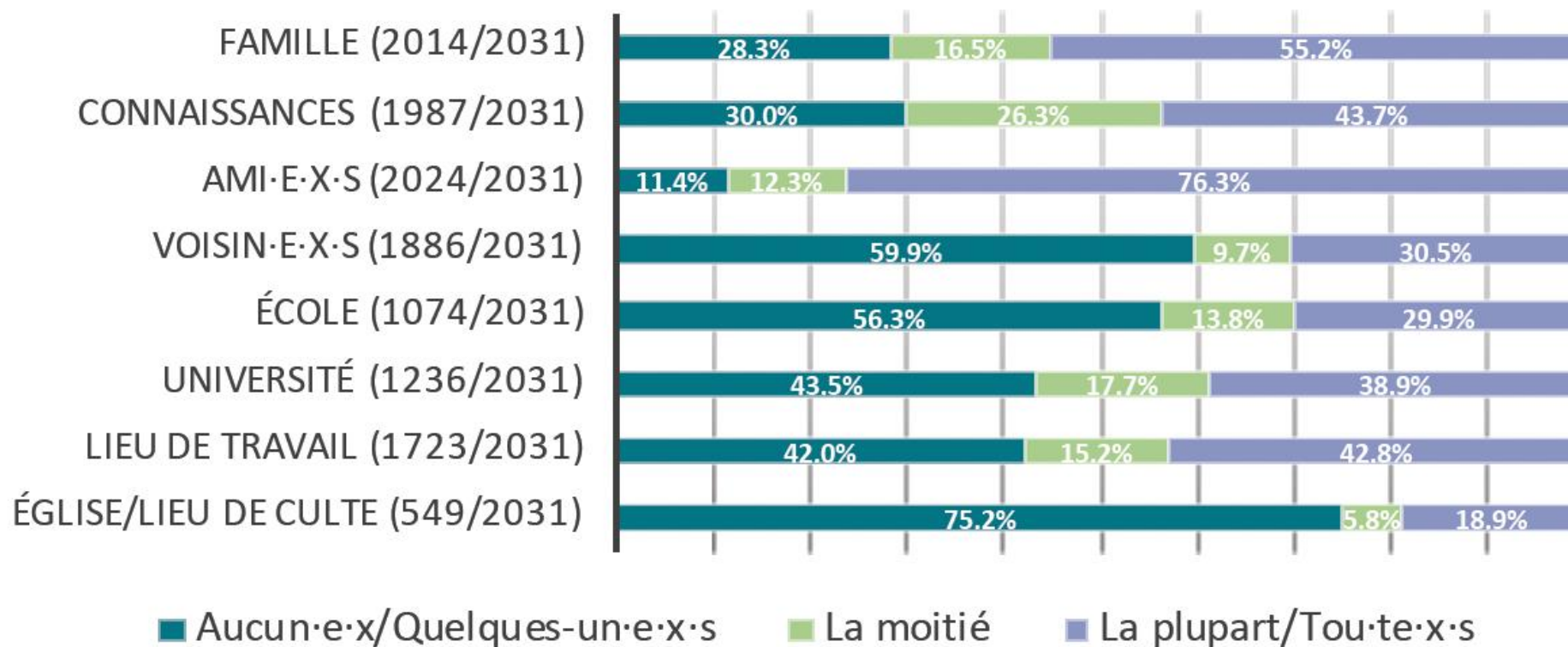
B Quelques chiffres

- Personnes avec une orientation sexuelle et une identité de genre différente de la norme
2 - 10% de la population -> 7'000 - 35'000 en VS (Rapport_LGBTIQ+_Valais_15.10.2021)
- Transgenres entre 0.3 - 0.5 % chez adultes et 1.2 - 2.7 % chez mineurs (Zhang et al. 2020)
- Population LGB:
 - dépression et anxiété plus fréquente, davantage si sans partenaire fixe
 - Prévalence accrue des IS (40-55%) et de tentatives de suicide
 - Pour HSH prévalence à vie de tentamen 4x plus élevée, les jeunes et bi davantage exposés
 - Davantage de consommation d'alcool (particulièrement lesbiennes) et drogues
 - Agressions verbales et physiques

Panel Suisse LGBTIQ+ 2022, Drs Eisner et Hässler

Enquête nationale via mail: 3'478 pers. dont 2'031 minorités sexuelles, 537 minorités de genre (2'568 LGBTIQ+) et 910 cis-hétérosexuelles

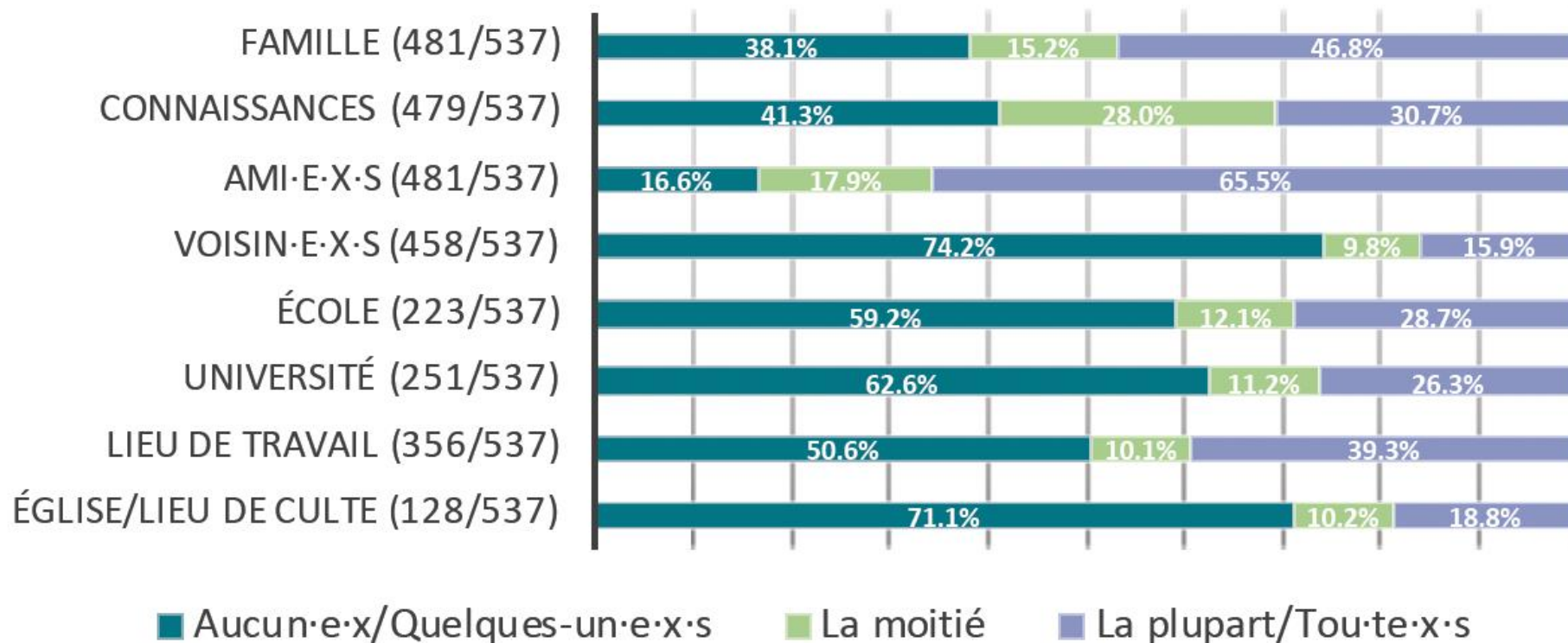
Contexte de Coming Out: Minorités Sexuelles



Panel Suisse LGBTIQ+ 2022, Drs Eisner et Hässler

Enquête nationale via mail: 3'478 pers. dont 2'031 minorités sexuelles, 537 minorités de genre (2'568 LGBTIQ+) et 910 cis-hétérosexuelles

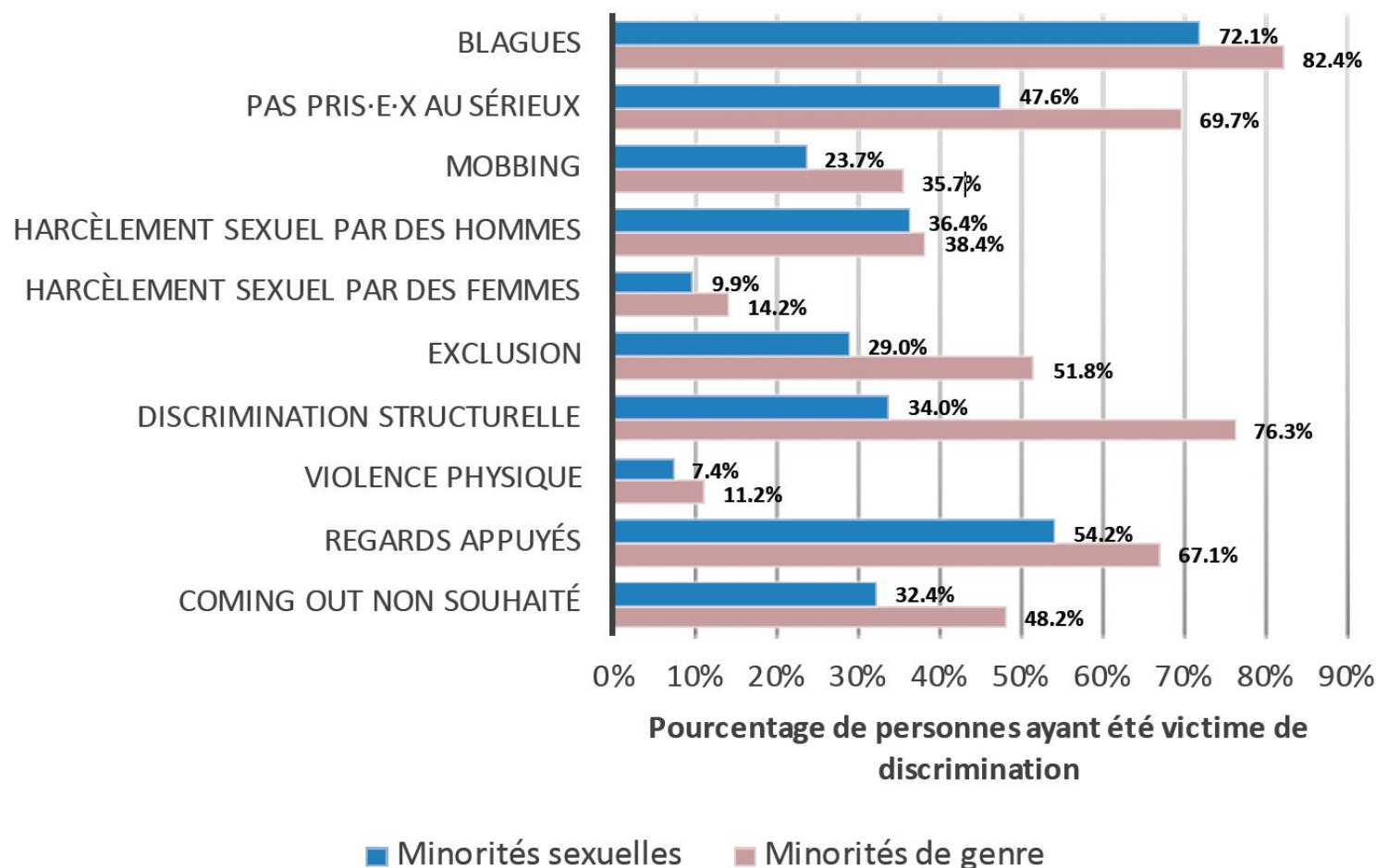
Contexte de Coming Out: Minorités de Genre



Panel Suisse LGBTIQ+ 2022, Drs Eisner et Hässler

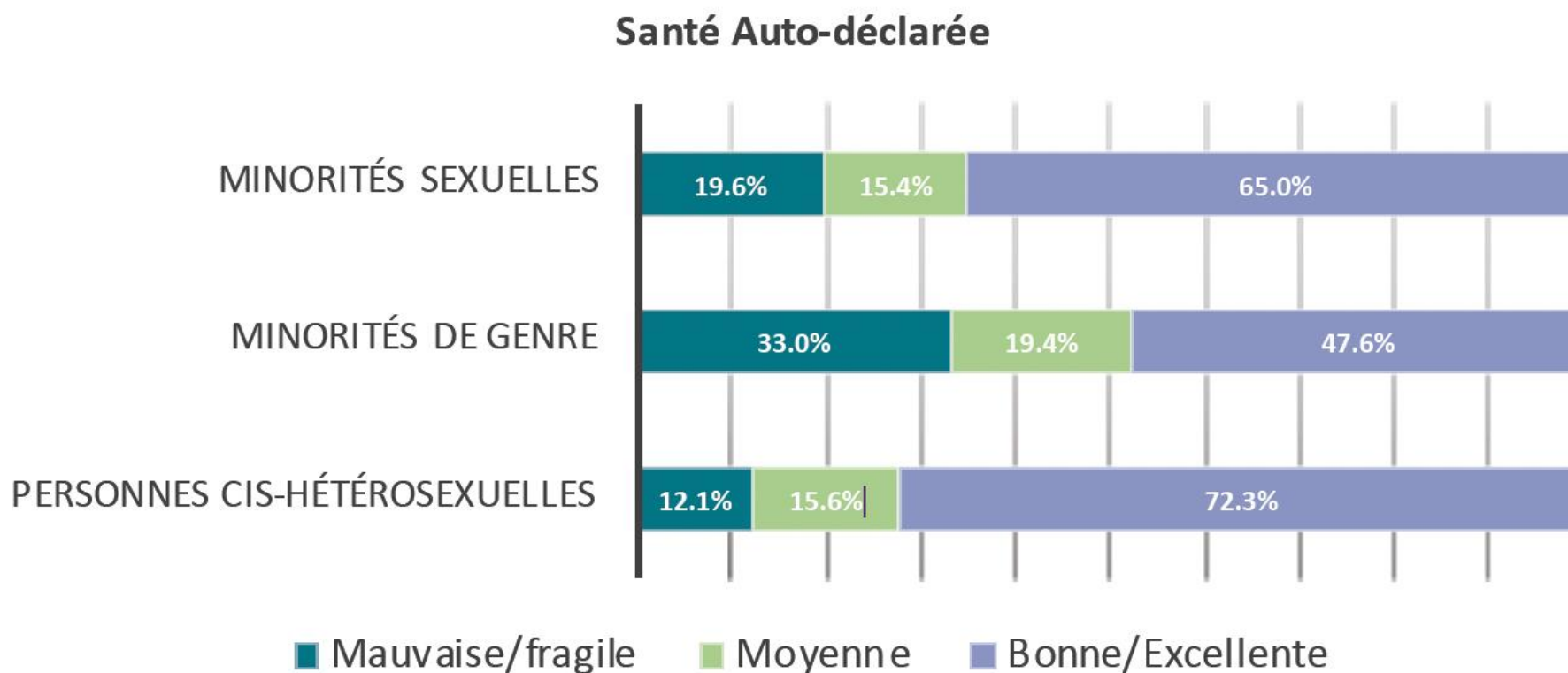
Enquête nationale via mail: 3'478 pers. dont 2'031 minorités sexuelles, 537 minorités de genre (2'568 LGBTIQ+) et 910 cis-hétérosexuelles

Expériences de Discrimination au Cours des 12 Derniers Mois

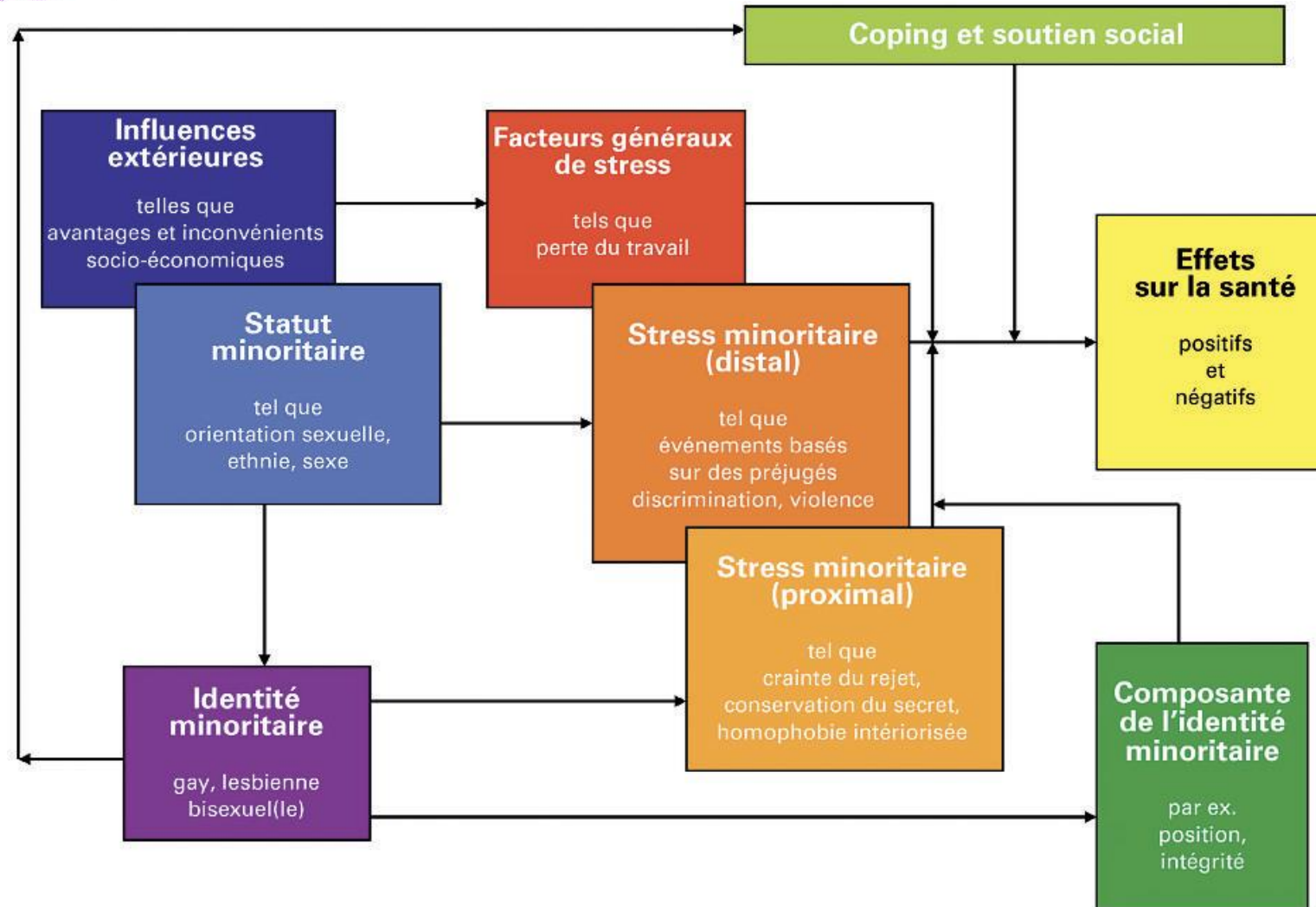


Panel Suisse LGBTIQ+ 2022, Drs Eisner et Hässler

Enquête nationale via mail: 3'478 pers. dont 2'031 minorités sexuelles, 537 minorités de genre (2'568 LGBTIQ+) et 910 cis-hétérosexuelles



C Stress des minorités de Meyer (2003)





Homophobie intériorisée

Phénomène par lequel une personne LGBTIQ adopte les comportements et les attitudes homophobes de la société dans laquelle elle vit (Warriner et al., 2013)

Vu le jeune âge des sujets confrontés à ce thème → traces cognitives, émotionnelles et comportementales (par ex altération de l'estime de soi, culpabilité, insuffisance)

Coming out – un processus au stress majeur:

- majoration du risque suicidaire
- s'il est mal vécu au départ → majoration du risque des troubles affectifs et anxieux
- c'est un processus continu et pas forcément linéaire, dépendant du contexte

Les personnes LGB qui dissimulent leur orientation → d'avantage anxieux



M. Honteux

- 49 ans, de Hongrie, connu pour un TDR depuis 10 ans et une maladie oncologique stable sous ttt au long cours
- Vient me voir en février 2023 en raison d'une rechute dépressive avec plainte d'insomnie au 1^{er} plan. Il a aussi arrêté l'antidépresseur de lui-même
- 5 ans de psychothérapie psychodynamique et une TCC pour insomnie qui a permis d'arrêter les hypnotiques fin 2022
- Depuis son arrivée en CH il y a 14 ans il vit en couple avec un homme hongrois



M. Honteux

- Fils unique, du milieu rural, catholique
- A 18 ans se convertit à l'évangélisme, fait des études de théologie et devient un homme d'église très reconnu
- Mariage, 2 enfants nés en 2003 et 2005, bonne entente dans le couple
- Il a toujours refoulé son orientation homosexuelle et a approfondi les études bibliques sur ce sujet (condamnation de l'homosexualité)
- En 2007 se confie à un homme au sein de l'église -> victime de chantage et se fait escroquer (en CHF >100'000) -> révélation de l'homosexualité -> rejet pour la communauté et les amis, l'épouse divorce et il s'exile en CH avec l'aide de son compagnon actuel.

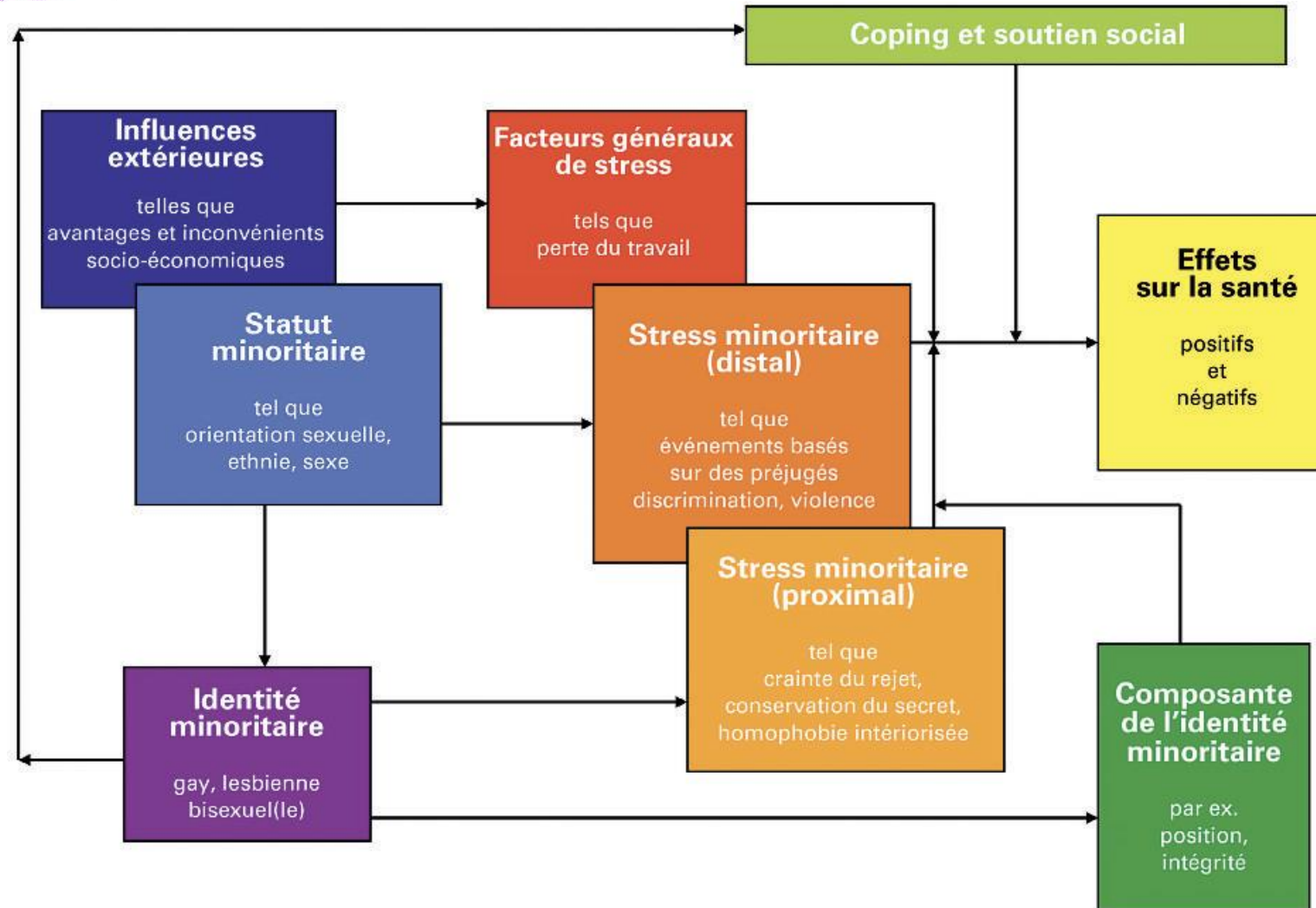


M. Honteux

- « je sais que je suis gay et ne peux le changer, mais c'est pas bien, c'est ma faute, j'ai honte d'être gay, ma femme et mes enfants me manquent »
- Dissimule son orientation sexuelle partout (sauf aux soignants), n'a aucun ami car craint le rejet, pense que ses enfants et ses parents ignorent qu'il est gay alors qu'il leur rend visite avec son compagnon (malaise)
- Conflit chronique de couple, se sent emprisonné (vie de couple, vie sociale, maladie onco) -> dépression récurrente depuis 2013 avec parfois des IS
- Hypothèse: difficultés de dépasser l'homophobie intériorisée car cela implique de remettre en question les éléments sur lesquels il s'est construit (conversion confessionnelle, études bibliques qui lui ont amenés une position sociale valorisée, construction de la famille traditionnelle, etc.)

→ Respecter les possibilités du patient!

C Stress des minorités de Meyer (2003)





Mme Craintive

- Femme de 56 ans qui prend rdv car déménagement et a besoin d'un psychiatre dans la région
- Connue pour TDR (5 épisodes sévères), multiples séjours en psychiatrie, suivie depuis plus de 20 ans, sous médicaments. Bonne santé physique (ancienne sportive).
- Les premières séances sont dédiées à l'anamnèse psychiatrique et familiale mais spontanément elle n'aborde pas sa vie affective
- 5^{ème} séance:
 - Th*: est-ce que vous êtes d'accord qu'on parle de votre vie sentimentale?
 - P: j'espère que cela ne vous gêne pas (exprimé de manière craintive)
 - Th: de quoi avez-vous peur?
 - P: vous savez, je suis lesbienne et si cela est un problème pour vous je serai obligé de trouver un autre psychiatre

*Th= thérapeute, P=patiente



Mme Craintive

- Cela permet de désamorcer la crainte et d'ouvrir sur toute sa vie affective, sexuelle, etc.
- 1^{er} épisode dépressif sévère vers ses 34 ans, était en couple avec un homme de longue date dans une relation platonique. Entre en soins et durant la thérapie découvre qu'elle est lesbienne -> coming-out, plusieurs relations affectives, actuellement en couple stable depuis 7 ans, vie associative LGBT, etc.
- N'a pas vécu d'homophobie dans les soins mais à chaque changement de thérapeute redoute de tomber sur un thérapeute homophobe (c'est arrivé à 2 ami.e.s)

→ Facteur de stress aux changements de thérapeute et potentielle limitation d'accès aux soins



M. Endeillé

- Homme gay assumé, 28 ans, second d'une fratrie de 2 garçons, actuellement sans relation sentimentale
- Envoyé par son médecin de famille car découverte d'une maladie auto-immune
- Il y a 1 an découverte de la maladie alors que sa mère était en fin de vie, elle décède peu après
- Rupture sentimentale il y a 2 ans dont il s'est bien remis. Pas de comportements à risques, emploi stable
- L'investigation:
 - aucune pathologie psychiatrique
 - deuil difficile, était très proche de la mère mais géographiquement éloigné, culpabilité
 - mise en évidence d'un conflit larvé avec le père au sujet de l'accompagnement de fin de vie de la mère

→ La problématique n'a aucun lien avec l'orientation sexuelle !



Approche clinique LGB

- Accueil ouvert, attentif au discours du patient, sans préjugés ni à priori
- Réflexivité et attitude: dans toutes les formes de sexualités on trouve l'épanouissement -> sortir du carcan cis-hétéro-normatif
- Faire une anamnèse sexuelle et aborder ouvertement:
 - la sexualité,
 - les fantasmes érotiques,
 - l'orientation sexuelle,
 - les processus identitaires et l'identité de genre,
 - les comportements sexuels (partenaire stable ou non, prises de risques, drogues, etc)
 - (cruciale lors d'introduction d'un psychotrope...)
- Chercher à identifier les signes d'homo-bi-phobie intériorisée



Approche clinique LGB

- Des questions plutôt ouverte, neutre (entretenez-vous une relation sentimentale ? plutôt que avez-vous une copine ou un copain ?)
- Aider à déconstruire les mythes homophobes (par ex un gay n'investit pas de relation stable, une lesbienne a eu des expériences mauvaises avec des hommes, etc.)
- Soigner les blessures narcissiques et relationnelles (décrypter les mécanismes de l'homophobie dans l'entourage) et soutenir une approche affirmative tout en cherchant à désamorcer les conflits
- Soutenir les mécanismes de coping fonctionnels et favoriser le soutien social (associations, réseau de soins, etc.)



D Accompagnement des personnes transgenres

Distinguer:

- Identité de genre (homme, femme, autre)
- Expression du genre
- Incongruité de genre (entre celui vécu et celui assigné à la naissance)
- Dysphorie de genre

5^{ème} révision du DSM abandon de trouble de l'identité de genre (DSM-IV)

11^{ème} révision de la CIM abandon du transsexualisme



DSM 5

Dg dysphorie de genre de l'adolescent et de l'adulte

Critère A

- Depuis minimum 6 mois au moins 2 critères suivants:
 - Incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé et les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires
 - Désir marqué de se débarrasser des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires
 - Désir marqué d'avoir des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe
 - Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (que celui assigné)
 - Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre
 - Conviction profonde d'avoir les sentiments ou réactions de l'autre genre

Critère B

- S'accompagne d'une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement
- Spécification possible:
 - avec trouble du développement sexuel
 - post-transition

→ L'accent est mis sur le vécu de la personne et non sur l'identité!

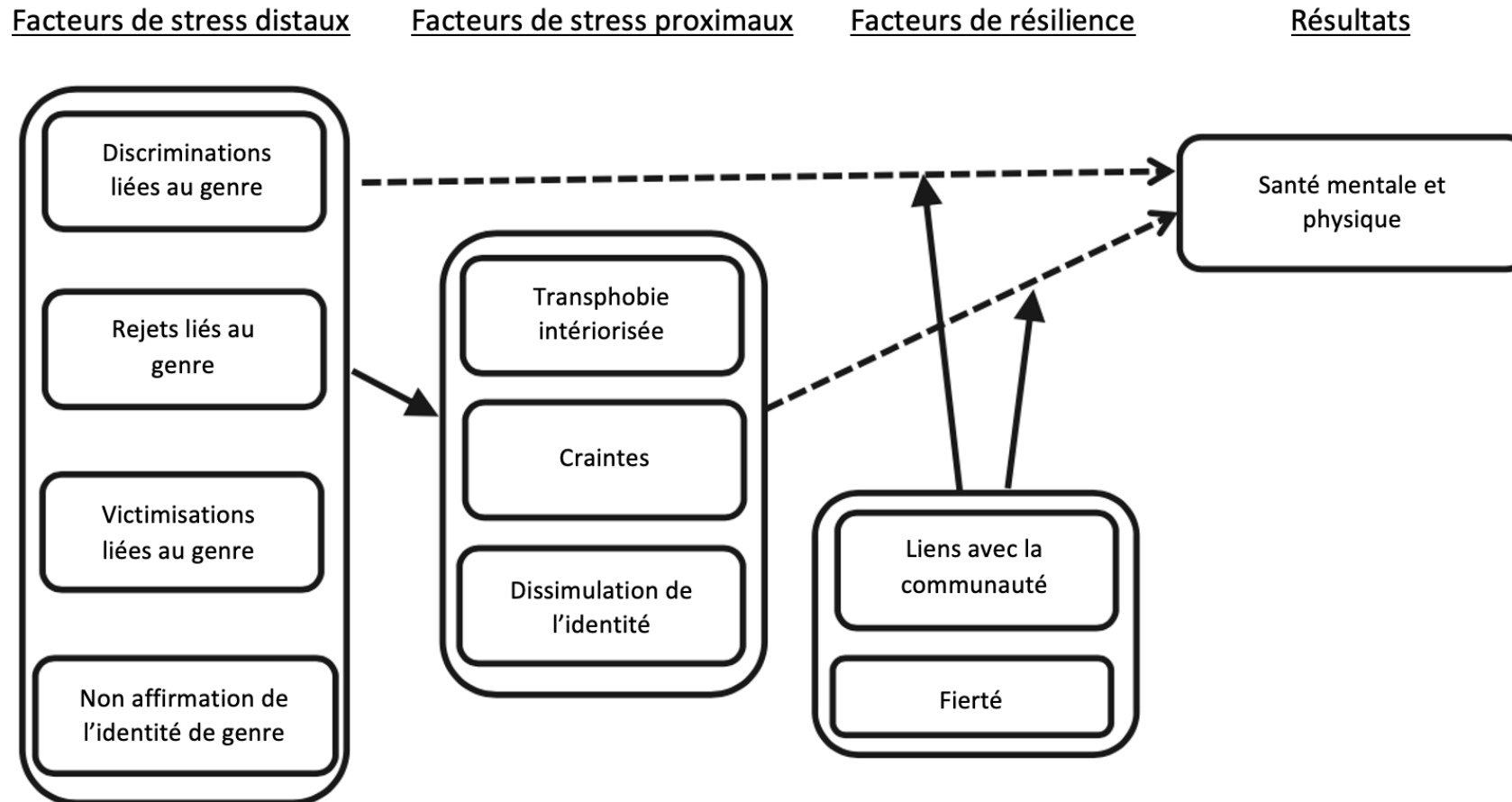


CIM 11

- Dg d'incongruence de genre
 - ~~transsexualisme~~
 - sorti des troubles mentaux pour être classé au chapitre des affections liées à la santé sexuelle
- « 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. »

→ L'incongruence de genre est autodiagnostic tant pour le DSM-5 que pour la CIM-11 !

Facteurs de stress et de résilience chez les personnes transgenres (Testa et al. 2015)





M. Rerejeté

- Homme trans hétérosexuel de 23 ans qui prend rdv à sa sortie de l'hôpital psychiatrique
- Adopté du Pérou en bas âge par un couple suisse qui a 2 enfants biologiques
- Enfance difficile, difficultés scolaires, long suivi pédopsy et institutionnalisations dès 15 ans, scolarité spécialisée, sans formation, à l'AI, vit dans un foyer
- Dg trouble envahissant du développement sous ttt neuroleptique dépôt introduit par psychiatre précédent en raison de symptômes psychotiques
- Il demande un suivi pour l'accompagner dans la transition
 - l'ancien thérapeute considère que la demande de transition entre dans le délire et lors d'une séance de famille l'explique aux parents
 - Par la suite les parents refusent de le voir tant qu'il ne renonce pas à sa demande de transitionner, rupture également avec une partie de la fratrie
 - Plusieurs tentamens et des abus d'alcool avec ivresses massives -> multiples hospitalisations



M. Rerejeté

Il se vit comme « une personne mauvaise, qui ne mérite pas d'être aimée, que personne ne veut » et présente des comportements violents dans toute tentative de relation affective. Aucune idée délirante ni hallucination.

« Dites-moi docteur je ne délire pas si je veux des hormones »...

- Accompagnement pluridisciplinaire: éducateurs, assistant social, ateliers, infirmière psy,
- Travail psychoéducatif dans le réseau de soins (mégénrage dans le foyer, etc)
- Transition sociale (démarches administratives – changement de genre et de prénom)
- Traitement hormonal masculinisant
- Transfert en appartement seul qu'il gère bien
- Torsoplastie (ne souhaite pas d'opération génitale)
- Travail sur les difficultés relationnelles
- Reprise de contact avec une partie de la famille (grand-mère, fratrie)

→ stable, 1 bref séjour en psy en 3 ans, conso. OH ponctuelle



Approche trans-affirmative (WPATH, 2022; Medico 2022)

1. Accueillir et reconnaître toute expérience de genre comme légitime, peu importe l'âge, en utilisant tout de suite les prénoms et pronoms choisis
2. Soutenir la personne dans ses besoins d'affirmation du genre et de santé
3. Construire une relation basée sur le partenariat, en respectant le droit à l'autodétermination et en reconnaissant que la personne est la seule experte de son genre

→ **L'approche est culturellement adaptée et intègre les identités sociales intersectionnelles** (Udell, 2017)



Approche trans-affirmative (multiples auteurs): quelques exemples

- L'autodétermination et l'expertise personnelle sur l'identité de genre
- Voir chaque personne telle qu'elle se perçoit (empathie)
- Créer un espace de confiance
- Considérer que le mégenrage est une violence psychologique
- Demander et respecter le prénom choisi, le genrage souhaité ainsi que le pronom (il, elle, iel, etc)
- Aider à intégrer une communauté trans, favoriser soutien par les pairs
- Favoriser une justice sociale
- Favoriser l'accès aux soins adaptés
- Mettre l'accent sur la résilience, améliorer l'estime de soi
- Renforcer les sentiments positifs à l'égard de l'identité



Approche trans-affirmative (multiples auteurs, cf. Udell, 2017): quelques exemples

- Rester humble, réflexivité sur sa propre identité et conscience de soi
- Considérer le potentiel humain dans la transidentité
- Attention aux préjugés (supervision, réflexivité)
- Connaissances (terminologie, contexte socio-politique, lois, discriminations, etc.)
- Déconstruction des récits normatifs, incarnation des récits autobiographiques
- Soutenir le processus ego-syntonique
- Elaborer les moyens de faire face à la stigmatisation et la marginalisation
- Désamorcer les conflits, approche transgénérationnelle systémique
- Afficher un visuel LGBT (drapeau arc-en-ciel, brochures)
- Etc.



Développer la résilience chez les jeunes trans et non binares :
un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth

Tableau 1. Niveaux de reconnaissance, objectifs d'intervention et principales pistes d'intervention pour favoriser la résilience des JTNB selon les écrits scientifiques.

Niveaux de reconnaissance	Objectifs d'intervention	Principales pistes d'intervention
Subjective : relation à soi	Un sens de soi incarné et positif	Construire une identité de genre confortable Développer un rapport positif au corps Dépasser les impacts de la transphobie et de la transphobie intériorisée
Intersubjective : relations primaires	La confiance en soi	Être reconnu.e.x dans son genre Être soutenu.e.x par sa famille/parents Être soutenu.e.x par ses ami.e.x.s et se sentir connecté.e.x à son école Pouvoir développer une intimité affective et sexuelle positive
Communautaire : communauté de valeurs	L'estime de soi par la fierté d'être trans	S'engager dans des groupes de JTNB Trouver un espace sécuritaire pour s'exprimer et partager (groupe communautaire ou réseaux sociaux) Pouvoir accéder à des modèles positifs
Légale : relations juridiques	Le respect de soi	Avoir la possibilité de vivre dans son genre désiré en sécurité et en étant reconnu socialement et légalement dans tous les contextes de vie Avoir accès aux soins d'affirmation de genre avec des professionnel.l.e.x.s compétent.e.x.s

(Medico, 2021)



Parcours en Suisse

- Évaluation psy - une psychopathologie (même psychotique) ne contre-indique pas la transition
- Traitement hormonal (bloquant, masculinisant ou féminisant)
- Traitement chirurgical de réassignation sexuelle (partielle ou complète)
- Traitements correctifs (épilation, pomme d'Adam, phonologie, etc.)

1. Transition sociale
2. Transition médicale
3. Transition chirurgicale

→ **Nécessite un coming-out, n'est pas linéaire et pas forcément complet!**



Rôle du psychiatre

- Gatekeeper
- Courrier au endocrinologue pour l'indication à la transition médicale (Lausanne)
- Courrier au chirurgien pour l'indication à la transition chirurgicale (Bâle)
- Courriers aux assureurs pour les traitements correctifs (uniquement administrés par les médecins ou professions admises à facturer à l'AOS, par ex. épilation par dermatologue)
- Traitement des comorbidités psychiques éventuelles
- Psychothérapie si indiquée et dans une perspective trans-affirmative, peu importe l'école
- Collaboration avec le réseau
- Supervision, intervision, psychoéducation, formation, etc.



E Take home messages

- Formation, réflexivité et conscience de soi, de ses représentations (sexualité, genre, normes, etc.)
- Importance de l'anamnèse sexuelle (indépendamment de la population LGBTIQ !)
- Recherche d'une posture éthique: auto-détermination, empathie, potentiel humain
- Adopter une attitude et un langage inclusif
- Attention particulière: stigmatisation, discrimination, facteurs de risque
- Soutenir l'estime et l'affirmation de soi



F Références

1. Bize, R., Berrut, S., Volkmar, E., Medico, D., Werlen, M., Aegerter, A., ... & Bodenmann, P. (2022). Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées. *Bodenmann P, Vu F, Wolff H, Jackson Y. Vulnérabilités, diversités et équité en santé. 2e édition. Chêne-Bourg (Suisse): RMS Éditions, 347-360.*
2. Crettenand, G. (2021) Analyse de la situation actuelle des personnes LGBTIQ+ en Valais. Promotion santé Valais. <https://www.vs.ch/documents/529400/14663574/Rapport+LGBTIQ%2B+Valais+15.10.2021.pdf/94a63e89-8456-f8de-b771-b2b41965b008?t=1641892424178&v=1.1>
3. Eisner, L. & Hässler, T. (2022). Panel Suisse LGBTIQ+ - Rapport de synthèse 2022. <https://www.doi.org/10.31234/osf.io/z29gd>
4. Igartua, K. J., & Montoro, R. (2015). Les minorités sexuelles: concepts, prémisses et structure d'une approche clinique adaptée. *Santé mentale au Québec, 40*(3), 19-35.
5. Medico, D. (2021). Développer la résilience chez les jeunes trans et non binaires: un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth. *International Journal of Child and Adolescent Resilience, 8*(1), 31-47.
6. Medico, D., Volkmar, E. Berrut, S., Bize, R., Bodenmann, P., Wahlen, R. (2022). Santé des personnes transgenres, non binaires et agenres. https://agnodice.ch/wpcontent/uploads/2022/06/PUBLIE_Chapitre-2.9-D-Medico-et-al.pdf
7. 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), 674–697.
8. The World Professional Association for Transgender Health, www.wpath.org
9. Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., ... & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: a systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 125-137.



Merci pour votre attention

Questions et échanges

Austausch

aidshilfe
OBERWALLIS

Office cantonal
de l'égalité et
de la famille



SIPE
www.sipe-vs.ch



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis

Merci beaucoup !

Vielen Dank !

aidshilfe
OBERWALLIS

Office cantonal
de l'égalité et
de la famille



SIPE
www.sipe-vs.ch



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis