

MASTER DE SPECIALISATION EN ETUDES DE GENRE

HUART

Pauline

Le droit à la santé des personnes trans*

D'une « dépathologisation » de la reconnaissance civile de l'identité de genre à une « dépathologisation » de la prise en charge médicale des personnes trans* ?

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier ma promotrice, Nicole Gallus, pour les réflexions et échanges d'idées que nous avons pu partager durant cette année.

Je voudrais également exprimer ma gratitude envers Tom Devroye et Héloïse Guimin pour leur accueil au sein de l'ASBL Arc-en-ciel Wallonie. Je voudrais adresser un remerciement plus particulier à Tom Devroye pour avoir fait en sorte que mon stage au sein de l'association reste réalisable malgré les contraintes qui se sont imposées suite à la crise du Covid-19.

J'aimerais finalement remercier chaleureusement mes témoins anonymes qui ont accepté de me livrer leur parcours de personne trans* en toute honnêteté. Je suis grâce à eux encore un peu plus ouverte au monde et humaniste que ce que je pouvais l'être avant de commencer la rédaction de ce mémoire. Je tiens également, dans ce cadre, à remercier les Maisons Arc-en-ciel de Wallonie et le Centre laïque de Libramont qui ont bien voulu m'accueillir afin de garantir un espace *safe* de parole pour les personnes ayant accepté de témoigner.

« Nos ‘visions des autres’, leurs définitions, leurs ‘catégorisations’,
forment non seulement les représentations de ce qu’il faut faire,
mais également nos actions, en matière de santé et de prise en charge notamment »¹.

¹ A. ALESSANDRIN, « Comprendre les transidentités » in FONDATION COPERNIC (Dir.), *Manuel indocile de sciences sociales. Pour des savoirs résistants*, Hors collection Sciences Humaines, Paris, La Découverte, 2019, p. 811.

Plan détaillé

INTRODUCTION	1
PARTIE I. LE CADRE LEGAL DE LA RECONNAISSANCE CIVILE DE L'IDENTITE DE GENRE	4
I. L'EVOLUTION DU DROIT A L'AUTODETERMINATION AU SEIN DU DROIT INTERNATIONAL ET DU DROIT REGIONAL DES DROITS HUMAINS	5
II. L'EVOLUTION DU DROIT A L'AUTODETERMINATION AU SEIN DU DROIT BELGE.....	7
A. LA LOI DU 10 MAI 2007 : UN PREMIER STATUT POUR LES PERSONNES TRANSEXUELLES	7
B. LA LOI DU 25 JUIN 2017 : LA CONSECRATION D'UN DROIT A L'AUTODETERMINATION CIVILE ET CORPORELLE	8
C. L'ARRET DE LA COUR CONSTITUTIONNELLE DU 19 JUIN 2019 : VERS UNE PLUS GRANDE ACCEPTION DE LA NOTION D'IDENTITE DE GENRE ?	9
III. LES ENJEUX FUTURS DU DROIT A L'AUTODETERMINATION	10
PARTIE II. LE DROIT A LA SANTE DES PERSONNES TRANS*	12
I. LE DEBAT ENTOURANT LA PATHOLOGISATION DES PERSONNES TRANS*	13
A. LA VOLONTE DE DEPATHOLOGISER LES PERSONNES TRANS*	15
B. LES ENJEUX D'UNE DEPATHOLOGISATION	18
II. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PERSONNES TRANS*	21
A. LA PRISE EN CHARGE DE PREMIERE LIGNE	23
B. LA PRISE EN CHARGE OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE	27
III. LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES SOINS DE SANTE	31
A. L'IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC	32
B. LE NUMERO DE REGISTRE NATIONAL ET SON IMPACT SUR LE REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTE	33
CONCLUSION	36
CADASTRE DES ENTRETIENS	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
RESUME DU MEMOIRE	47

Introduction

Le thème de la santé, retenu spécifiquement pour la *Belgian Pride* de 2020, atteste de la nécessité d'adresser cet enjeu au sein de la communauté LGBTQI+² dans son ensemble mais de manière encore plus pressante au sein de la communauté des personnes trans*. En effet, au sein des revendications portées par la *Belgian Pride*, une grande majorité d'entre elles trouvent à s'appliquer à la question du droit à la santé des personnes trans*. Sont à l'ordre du jour, dans le cadre de la santé mentale, physique et sociale, les sujets suivants : « la défense de l'intégrité physique, le 'dégenrage' du numéro INAMI, la formation des médecins ou encore l'accès et le remboursement des soins de santé »³.

Afin de comprendre les enjeux du droit à la santé des personnes trans*, il est nécessaire de replacer cette thématique au sein de l'évolution législative internationale et nationale en matière de reconnaissance civile de l'identité de genre. La question de la construction identitaire de l'être humain a fait l'objet de nombreuses recherches menées par des psychiatres, médecins ou sociologues. Mais c'est premièrement le féminisme puis les *gender studies* qui ont permis de penser le rapport au corps et son impact social. Des auteur.es tels que Judith Butler ou Elsa Dorlin ont développé une pensée distinguant le sexe comme donnée biologique⁴ et le genre comme construit social, tout en offrant leurs vues sur l'articulation des deux concepts au sein des sciences humaines. De cette distinction ont découlé des notions nouvelles telle que celle d'identité de genre⁵. Les revendications des personnes LGBTQI+,

² L'acronyme LGBTQI+ signifie Lesbien, Gay, Bisexuel, Transgenre, Queer, Intersexe. Le « + » se veut inclusif.

³ Les revendications portées par la *Belgian Pride 2020* peuvent être trouvées sur : <https://www.arcenciel-wallonie.be/revendications>.

⁴ Le sexe biologique peut être défini comme étant l'ensemble des caractéristiques biologiques (chromosomiques, gonadiques, génital, ...) utilisées afin de classer les êtres humains en deux catégories (mâles, femelles).

⁵ L'identité de genre « est comprise comme faisant référence à l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres) et d'autres expressions du genre, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire » (Principes de Yogyakarta).

étayées par ce foisonnement intellectuel, ont notamment porté sur la possibilité pour les personnes trans* de poser elles-mêmes, de façon autonome, les choix importants relatifs à leur corps et à leur identité civile. Progressivement, l'aspiration à « l'autodétermination civile et corporelle »⁶ des personnes trans* a été relayée par des associations internationales, européennes et nationales. La sensibilisation aux questionnements entourant la construction de l'identité de genre a également atteint la sphère culturelle de nos sociétés⁷. Finalement et en interdépendance avec notre évolution sociétale, ce déploiement de revendications a fait l'objet d'une traduction juridique au sein du droit international des droits humains ainsi qu'au sein de notre législation étatique.

Dans le cadre de cette recherche, une personne transgenre est définie comme une personne ne s'identifiant pas socialement (partiellement ou totalement) au sexe qui lui a été défini à la naissance et qui correspond, en principe, à son sexe biologique. Une distinction peut être faite entre les personnes transgenres et les personnes transsexuelles par la volonté de ces dernières de se soumettre à un processus de conversion afin de s'approcher tant corporellement que socialement au plus proche du genre vécu intimement. Parfois revendiqué, le terme « transsexuel » comporte cependant une connotation pathologisante. Le terme « transsexualisme » renvoie, en effet, à une description psychiatrique de diagnostic médical. Il ne sera donc employé que dans la distinction explicitée ci-avant. Le terme « transgenre ou trans* », dans sa définition inclusive – illustrant la diversité des parcours trans* – est également un terme parapluie, ne faisant pas de différence entre les personnes ayant entrepris un parcours de conversion et celles qui ne le font pas. Dans le cadre de ce travail, nous emploierons le terme « trans* » pour décrire la portée parapluie du terme.

Le but de ce mémoire est de confronter la pratique médicale de prise en charge des personnes trans* ainsi que les règles de droit en vigueur dans le domaine de la santé, à la réalité vécue par les personnes trans* et leurs attentes dans cette matière. Afin de remplir cet objectif tant

⁶ G. WILLEMS, « Le droit belge du sexe et du genre à la croisée des chemins : vers une pleine consécration de l'autodétermination corporelle et civile des personnes transgenres et intersexes ? », *R.J.P.F.*, 2019/11, pp. 35-40.

⁷ A titre d'exemple, des films comme *Girl* de Lukas Dhont ou *Lola vers la mer* de Laurent Micheli ont apporté une visibilité sur les parcours de conversion de jeunes personnes trans*.

un travail de recherche qu'un travail de terrain ont été effectués. Il nous semblait indispensable de pouvoir nous confronter à la réalité de terrain du monde associatif ainsi que de pouvoir recueillir l'avis des personnes concernées. Ce mémoire a donc pris la forme d'un « mémoire-stage » effectué au sein de la Fédération Arc-en-ciel Wallonie au cours duquel nous avons pu, entre autres choses, recueillir des témoignages qualitatifs de personnes trans* qui nous ont livré leur vécu sur la prise en charge médicale et financière des soins de santé trans-spécifiques.

Ce mémoire a donc pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : « l'état de l'art juridique et médical actuellement applicable en Belgique permet-il de rencontrer les besoins pratiques et attentes des personnes trans* dans le domaine du droit à la santé ? Si cette question appelle une réponse négative ou partiellement négative, quelles pistes de réflexion seraient de nature à nourrir le débat ? ». Après une partie liminaire sur l'évolution du cadre légal entourant la reconnaissance civile de l'identité de genre (Partie I.), nous nous intéresserons de manière détaillée à la prise en charge médicale et financière des personnes trans* (Partie II.) Nous avons choisi de nous focaliser sur la prise en charge des personnes trans* dans le cadre de leur transition mais certains de nos propos peuvent s'appliquer à une prise en charge plus globale (*day to day care*). De plus, nous avons fait le choix de ne traiter ni les problématiques relatives au statut du mineur trans*, ni celles relatives à la santé mentale des personnes trans*. Ce choix se justifie par une volonté de restreindre notre champ de recherche afin de pouvoir le traiter dans son entière complexité. Les entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche sont de nature à sous-tendre la recherche scientifique dans l'illustration de nos propos.

Partie I. Le cadre légal de la reconnaissance civile de l'identité de genre

La mention du sexe⁸ d'une personne dans son acte de naissance fait partie des mentions obligatoires composant son état civil (C. civ., art. 44). Selon une conception civiliste classique, « l'état [civil] d'une personne est l'ensemble des qualités qui déterminent sa situation dans la cité [société], dans la famille, ou comme individu »⁹. Il « donne [...] la clé de sa situation juridique, la coordonnée de base à laquelle il faut presque toujours se référer »¹⁰. A ce titre, Henri De Page considère l'état civil comme étant indisponible. En effet, soustrait à toute volonté individuelle, « l'état d'une personne est d'ordre public, et l'intérêt particulier doit céder devant l'intérêt général »¹¹. L'indisponibilité décrite par Henri De page, trouvait à s'appliquer dans la détermination de l'individu par rapport à la norme collective mais également dans le rapport au corps humain. De même que l'individu ne pouvait prétendre décider de son sexe, de son nom ou de ses liens familiaux, il était largement empêché de prendre des décisions relatives à son propre corps (avortement, suicide, etc.). La possibilité pour une personne de faire modifier son corps et/ou son acte de naissance pour qu'ils reflètent la façon dont elle perçoit son identité ne se concevait, tout simplement, pas. Nous constatons cependant que cette conception civiliste classique s'est progressivement effacée au profit d'une conception du droit civil basée sur la libre disposition du corps et l'autodétermination des individus¹². Ce basculement vers la disponibilité corporelle et civile se retrouve dans les revendications portées par les personnes transgenres, les instruments de droit international ainsi que les législations étatiques. Ce renversement a eu lieu en deux temps. Dans un premier temps, la modification de l'état civil n'a été admise que moyennant un changement chirurgical du sexe biologique. Progressivement, cependant, a été consacrée la possibilité pour les individus de

⁸ L'expression « sexe » est reprise du libellé de la loi. Elle n'implique aucun schéma de pensée.

⁹ H. DE PAGE, *Traité élémentaire de droit civil belge*, T.I, Livre II, 3^e ed., Bruxelles, Bruylant, 1962, p. 361, n° 244.

¹⁰ *Ibid.*, p.361, n° 245.

¹¹ *Ibid.*, p.362, n° 246.

¹² J-L. RENCHON, « Le droit belge de la personne et de la famille : de l'indisponibilité à l'autodétermination », *European Review of Private Law*, n° 3, 2007, pp. 349-418.

faire modifier leur état civil sans devoir nécessairement se soumettre à des traitements médicaux de réassignation. Cette deuxième étape constitue la traduction juridique de la conception du genre comme perception et expression de l'identité intime relativement ou entièrement indépendante de la matérialité biologique du corps.

L'évolution de la mention du sexe à l'état civil ainsi que de la perception de l'identité de genre sont fortement liées au développement du droit à l'autodétermination civile et corporelle tant à l'échelle du droit international que national. Pour en comprendre toutes les implications et leur imbrication avec le droit à la santé des personnes trans* (Partie II), il est nécessaire de revenir brièvement sur les outils déployés au sein du droit international et du droit régional des droits humains (I) qui ont été mobilisés au sein de notre droit national (II) afin de comprendre les enjeux futurs de l'évolution du droit à l'autodétermination (III).

I. L'évolution du droit à l'autodétermination au sein du droit international et du droit régional des droits humains

Les Principes de Yogyakarta, instrument de *soft law* élaboré en 2006 par un groupe international d'experts et complété en 2017¹³, proposent une synthèse de recommandations à destination des États sur l'application de la législation des droits humains en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'expression de genre et de caractéristiques sexuelles. Uniques à l'échelle mondiale, ces principes insistent, entre autres, sur l'importance d'une reconnaissance légale de l'identité de genre des personnes (Principes 3 et 31) exempte de toute contrainte médicale pouvant contrevenir à l'intégrité physique de celles-ci (Principe 18). Le principe 17, complété en 2017 par de nouvelles recommandations, consacre un droit au plus haut niveau possible de santé. Lu en combinaison avec les principes 13 et 32 consacrant respectivement un droit à la sécurité sociale et un droit à l'intégrité mentale et

¹³ Principes de Yogyakarta: principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre, élaboré à Jogjakarta (Indonésie) du 6 au 9 novembre 2006 ; The Yogyakarta Principles plus 10: the additional principles and state obligations on the application of International Human Rights Law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta principles, adopted in Geneva on 10 November 2017.

physique, l'ensemble de ces principes servent de fondement au droit à la santé des personnes trans* (Voy. Partie II).

La Cour européenne des droits de l'homme a, par ailleurs, développé une jurisprudence relativement abondante en matière d'identité de genre. Déployée en deux temps, la jurisprudence de la Cour répond aux préoccupations entourant la disponibilité du corps et de l'état civil que nous avons décrites précédemment. En 2002, elle rend ses arrêts *I et Goodwin c. Royaume-Uni*¹⁴ et reconnaît aux personnes transsexuelles ayant subi une opération de réassignation sexuelle, un droit à la reconnaissance civile de leur nouveau sexe. Embrassant cette tendance toujours plus grande quant à l'acceptation, tant sociale que juridique, des personnes transsexuelles, la Cour constate, sous fond d'obligation positive, « qu'il peut y avoir une atteinte grave à la vie privée lorsque le droit interne est incompatible avec un aspect important de l'identité personnelle » (§§ 77 et 85). La reconnaissance du droit au changement de sexe à l'état civil restera cependant conditionnée, dans de nombreux pays, par une ou plusieurs obligations médicales portant atteinte à l'intégrité physique des personnes concernées. Il faudra attendre l'arrêt *A.P, Garçon et Nicot c. France* du 6 avril 2017¹⁵, confirmé par la jurisprudence ultérieure de la Cour¹⁶, pour que celle-ci consacre la seconde partie de l'équation : le droit à l'intégrité physique des personnes transgenres. Par ces arrêts, la Cour condamne l'imposition d'un traitement médical de conversion pouvant entraîner ou entraînant une stérilisation dans le chef de l'individu concerné en tant que condition préalable à la reconnaissance civile de l'identité de genre choisie. La reconnaissance civile des personnes transgenres ayant un impact sur les liens familiaux de ces dernières, la Cour a été

¹⁴ Cour eur. D.H., arrêt *Goodwin c. Royaume-Uni* du 11 juillet 2002, req. n° 28957/95 ; Cour eur. D.H., arrêt *I c. Royaume-Uni* du 11 juillet 2002, req. n° 25680/94.

¹⁵ Cour eur. D.H., arrêt *A.P, Garçon et Nicot c. France* du 6 avril 2017, req. n°s 79885/12, 52471/13 et 52596/13. Les prémisses de cette jurisprudence peuvent être pressenties au sein de l'arrêt *Y.Y. c. Turquie* (Cour eur. D.H., arrêt *Y.Y. c. Turquie* du 10 mars 2015, req. n° 14793/08).

¹⁶ Cour eur. D.H., arrêt *S.V. c. Italie* du 11 octobre 2018, req. n° 55216/08.

amenée à se prononcer également sur les questions de liens maritaux¹⁷ et de filiation¹⁸. A côté de la jurisprudence de sa Cour, le Conseil de l'Europe¹⁹ a formulé différentes recommandations sur les droits des personnes trans* rejoignant celles rédigées au sein des Principes de Yogyakarta.

II. L'évolution du droit à l'autodétermination au sein du droit belge

L'ensemble des outils de droit international et les revendications du monde associatif ont également impulsé des évolutions en droit belge. Les lois relatives à l'identité de genre ont fait l'objet d'une modification profonde répondant aux vagues de préoccupations entourant la disponibilité du corps et de l'état civil telles que décrites précédemment et consacrées par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

La législation belge relative aux personnes trans* a connu une évolution en deux temps. Après avoir consacré un premier statut légal à la personne transsexuelle au sein de la loi du 10 mai 2007 (A), le législateur belge, par la loi du 25 juin 2017, s'est ensuite mis en conformité avec la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (B). Cependant, la loi du 25 juin 2017 fut partiellement annulée par la Cour constitutionnelle deux ans après sa rédaction (C).

A. La loi du 10 mai 2007 : un premier statut pour les personnes transsexuelles

¹⁷ Cour eur. D.H., arrêt *Hämäläinen c. Finlande* du 16 juillet 2014, req. n° 37359/09.

¹⁸ Cour eur. D. H., arrêt *P.V. c. Espagne* du 30 novembre 2010, req. n° 35159/09.

¹⁹ Voy. notamment : Résolution 2048 (2015) du 22 avril 2015 : La discrimination des personnes transgenres en Europe, Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, 2015 ; Recommandation CM/Rec(2010)5 du 31 mars 2010 sur les mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, Conseil de l'Europe, Comité des ministres, 2010 ; Recommandation 1117(1989) du 29 septembre 1989 relative à la condition des transsexuels, Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, 1989.

Avant l'entrée en vigueur de la loi du 10 mai 2007²⁰, une certaine pratique jurisprudentielle permettait, par voie d'action en rectification ou d'action d'état, de faire correspondre la mention de sexe à l'état civil avec la réalité physique des personnes transsexuelles opérées²¹. Cependant, cette pratique jurisprudentielle, loin d'être constante, n'offrait aucune sécurité juridique. En se conformant à la jurisprudence *Goodwin*, la loi du 10 mai 2007 marque un premier tournant dans la prise en compte de l'identité de genre des personnes trans*. Elle permettait, au sein d'un cadre légal et non plus jurisprudentiel, un changement administratif de sexe à l'état civil pour les personnes transsexuelles. Ce changement ne pouvait cependant avoir lieu que moyennant le respect de conditions médicales strictes de diagnostic et de chirurgie de conversion menant à la stérilisation des personnes concernées.

B. La loi du 25 juin 2017 : la consécration d'un droit à l'autodétermination civile et corporelle

La loi du 25 juin 2017²² réformant le régime relatif aux personnes transgenres est venue modifier en profondeur la loi du 10 mai 2007. Faisant fi de toute exigence médicale, c'est maintenant l'autodétermination qui sous-tend le droit des personnes trans* dans leur volonté de changer de sexe civil. La procédure administrative, sur base d'une double déclaration d'intention, a pour objectif d'exprimer la « conviction que le sexe mentionné dans [l'] acte de naissance ne correspond pas à [l'] identité de genre vécue intimement » (C. civ., art. 135/1). Sur base des enseignements dégagés par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'arrêt *A.P., Garçon et Nicot c. France*, notre droit national consacre enfin un droit à l'intégrité physique pour les personnes transgenres. Il entend également porter les

²⁰ Loi du 10 mai 2007 relative à la transsexualité, *M.B.*, 11 juillet 2007, p. 37823.

²¹ W. PINTENS, "The legal status of transsexual and transgender persons in Belgium and the Netherlands", in SCHERPE, J. (Dir.), *The legal status of transsexual and transgender persons*, Cambridge, Intersentia, 2015, p. 114.

²² Loi du 25 juin 2017 réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets, *M.B.*, 10 juillet 2017, p. 71465.

Principes 3, 31, 18 et 32 de Yogyakarta, en supprimant de sa législation la condition médicale de conversion au même titre que l'obligation de diagnostic.

C. L'arrêt de la Cour constitutionnelle du 19 juin 2019 : vers une plus grande acception de la notion d'identité de genre ?

Largement accueillie pour sa mise en conformité avec les droits fondamentaux, la loi fut malgré tout partiellement annulée par la Cour constitutionnelle en 2019²³. En effet, bien que respectant le principe d'autonomie corporelle, la loi ne permet pas aux personnes non-binaires²⁴ et/ou de genre fluide²⁵ d'exprimer leur identité de genre comme elles l'entendent. Toute personne désirant modifier la mention de son « sexe civil »²⁶ doit le faire au regard d'un choix binaire masculin/féminin et de manière, en principe, irrévocable.

Ce constat d'inconstitutionnalité ouvre de nouvelles perspectives quant à l'acception de la mention du sexe à l'état civil. Ainsi, après avoir constaté l'inconstitutionnalité partielle de la loi, la Cour signale que « pour remédier à [celle-ci], *plusieurs possibilités*, parmi lesquelles la *création d'une ou de plusieurs catégories supplémentaires* permettant de tenir compte, tant à la naissance qu'après, pour toutes les personnes, du sexe et de l'identité de genre, mais également la possibilité de *supprimer l'enregistrement du sexe ou de l'identité de genre* comme élément de l'état civil d'une personne »²⁷ (B.7.3.), peuvent être envisagées. La Cour semble donc inviter le législateur à une double réflexion : d'une part, envisager l'impact du sexe civil tant à l'égard des personnes trans* que des personnes intersexes, et d'autre part,

²³ Const., 19 juin 2019, n° 99/2019, <https://www.const-court.be/public/f/2019/2019-099f.pdf>.

²⁴ Une personne au genre non-binaire peut être définie comme une personne dont l'identité de genre ne correspond pas aux catégories binaires « homme » - « femme » (Const., 19 juin 2019, n° 99/2019, A.4.3.1 et B.2.4.).

²⁵ Une personne au genre fluide peut être définie comme une personne dont l'identité de genre évolue avec le temps (Const., 19 juin 2019, n° 99/2019, A.4.3.1 et B.2.4.).

²⁶ Nous utiliserons le terme de « sexe civil » afin d'éviter le débat parfois stérile de la différence entre sexe et genre. En effet, il est important d'avoir à l'esprit que l'acception de la notion de sexe à l'état civil a évolué avec les réformes successives qu'elle a connues. Premièrement envisagée uniquement dans un sens biologique, elle peut maintenant révéler une « vérité » biologique et/ou une conviction intime d'appartenance.

²⁷ Souligné par nos soins.

sortir de la dichotomie féminin/masculin afin de dégager une solution plus globale pour l'ensemble des individus. De plus, elle place le législateur face à une alternative tout en insistant sur la temporalité des mesures à prendre. En effet, selon la conception de la Cour, un individu, à la naissance, peut se voir reconnaître un sexe civil correspondant à son identité de genre ou non, avoir envie de changer sa mention à l'état civil en respectant ou non une conception binaire du genre et ce, sans que cette mention soit figée dans le temps. Le droit, devant s'adapter à cette réalité, se trouve face à deux nouvelles préoccupations entourant la disponibilité de l'état civil : créer de nouvelles catégories permettant l'expression d'un genre non-binaire ou supprimer l'enregistrement du sexe/genre à l'état civil.

III. Les enjeux futurs du droit à l'autodétermination

La reconnaissance de l'identité de genre a fait l'objet d'une évolution par étapes à laquelle les organes internationaux et les législations nationales ont tenté de répondre. Ainsi, de plus en plus de pays²⁸ permettent une reconnaissance du changement de sexe civil une fois le processus de conversion médicale achevé. En outre, de nombreux ordres juridiques ont supprimé les conditions, préalables au changement de sexe civil, de conversion et/ou de diagnostic, et ce pour un plus grand respect de l'intégrité corporelle des personnes concernées. Nous sommes maintenant face aux prémices d'une nouvelle étape dans la conception de l'identité de genre. En effet, différents pays ou États, tels que l'Islande²⁹ ou la Californie³⁰, permettent la reconnaissance du genre non-binaire par l'inscription d'une mention neutre. La

²⁸ INTERNATIONAL LESBIAN, GAY, BISEXUAL, TRANS AND INTERSEX ASSOCIATION and Z. CHIAM, S. DUFFY and M. GONZÁLEZ GIL, *Trans Legal Mapping Report 2017: Recognition before the law*, Geneva, ILGA World, 2017.

²⁹ *Lög um kynrænt sjálfræði*, 1^{er} juillet 2019, article 6, <https://www.althingi.is/> (en islandais).

³⁰ Gender Recognition Act, Senate Bill No. 179, 15 October 2017, https://leginfo.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201720180SB179.

Tasmanie³¹ a, de son côté, mis au point un système dit *d'opt-out*³² laissant le choix de n'inclure aucun marqueur de genre, au sein de sa législation. Aucun pays, à l'heure actuelle n'a aboli la mention administrative du sexe même si des réflexions sont en cours actuellement notamment en Allemagne ou aux Pays-Bas. L'ensemble de ces changements tend vers une plus grande reconnaissance de la diversité des transidentités et impacte la manière d'envisager le droit à la santé des personnes trans*.

³¹ Justice and related legislatoin (marriage and gender amendments) act 2019, No. 7, 8 May 2019, <https://www.legislation.tas.gov.au/view/pdf/asmade/act-2019-007>.

³² A. HERPOLSHEIMER, "A Third Option: Identity Documents, Gender Non-Conformity, and the Law", *"Women's Rights Law Reporter*, Vol. 39/1, Fall 2017, pp. 46-84 ; E. M. LAMM, "Bye, Bye, Binary: Updating Birth Certificates to Transcend the Binary of Sex", *Tulane Journal of Law and Sexuality: A Review of Sexual Orientation and Gender Identity in the Law*, n°28, 2019, pp. 1-24.

Partie II. Le droit à la santé des personnes trans*

L'évolution vers l'autodétermination civile et corporelle des personnes trans* s'exprime également en droit de la santé. En effet, en lien avec l'autodétermination civile, le Principe 17 de Yogyakarta défend un droit au plus haut niveau de santé possible. Il insiste sur l'importance d'un accès aux soins de santé³³ basé sur un consentement individuel, préalable et éclairé³⁴ de la personne. De plus, il recommande aux Etats une prise en charge monétaire des soins trans-spécifiques afin d'entériner un droit effectif à la sécurité sociale³⁵. Sur le plan de l'autodétermination corporelle, les Principes 18 et 32 de Yogyakarta protègent des abus médicaux et instaurent un droit à l'intégrité physique. En droit belge, les articles 10, 11 et 23 de la Constitution instituent respectivement les principes d'égalité, de non-discrimination et de vie conforme à la dignité humaine³⁶. La loi sur les droits du patient³⁷ œuvre pour l'autonomie de celui-ci au travers d'une obligation d'information sur les soins de santé délivrée dans un langage clair (art. 7) mais également via le consentement libre et éclairé du patient (art. 8). Il a droit « de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite » (art. 5). Ce principe est renforcé par la loi particulière sur la qualité de la pratique des soins de santé³⁸.

L'angle de recherche choisi au sein de ce travail propose un focus sur le droit à la santé des personnes trans* dans le cadre de leur transition. Certains propos peuvent cependant être étendus à la prise en charge médicale globale de la personne trans*(*day to day care*). Les entretiens individuels réalisés lors du stage à la Fédération Arc-en-ciel Wallonie ont pour objectif d'apporter un regard pratique et situé sur la prise en charge médicale et financière des

³³ Principe 17 de Yogyakarta, recommandations A, B, et G.

³⁴ Principe 17 de Yogyakarta, recommandation E et recommandation additionnelle K.

³⁵ Principe 17 de Yogyakarta, recommandation additionnelle L ; Principe 13 de Yogyakarta.

³⁶ Constitution coordonnée du 17 février 1994, *M.B.*, 17 février 1994, articles 10, 11 et 23.

³⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

³⁸ Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.*, 14 mai 2019, p. 46372, art.

personnes trans*. Nous sommes conscients du biais de cette recherche et de l'impossibilité de tirer des généralités, des propos avancés par les témoins, les entretiens étant par définition qualitatifs. Bien qu'ils ne représentent pas un échantillon suffisamment développé de la diversité des parcours et des personnes trans*, nous disposons cependant d'une mixité de profils dans l'auto-identification, l'âge, la situation professionnelle et familiale des différents témoins.

Les enjeux majeurs du droit à la santé des personnes trans* passent par une démedicalisation de la condition de « personne trans* » ainsi que par une prise en compte toujours plus grande de la multiplicité des identités de genre. Cette volonté de démedicalisation n'est cependant pas uniformément partagée par l'ensemble des acteurs concernés et n'est donc pas uniformément appliquée (I). D'aucuns s'interrogent sur la nécessité d'un diagnostic afin de pouvoir ouvrir le droit aux soins des personnes trans*. Comme la reconnaissance à l'état civil de l'identité de genre choisie n'est plus conditionnée par des exigences préalables de diagnostic et/ou de thérapie de conversion, certains pensent que les médecins et le corps hospitalier agissent comme sorte de *gatekeeper*³⁹, dernier rempart savant des représentations du corps, des identités et de la société. L'ensemble de ces considérations sont autant d'enjeux à prendre en compte dans la prise en charge médicale (II.) et financière (III.) des personnes trans*.

I. Le débat entourant la pathologisation des personnes trans*

Selon Amets Suess Schwend, la pathologisation peut être définie comme la considération de personnes ou groupes de personnes comme étant mentalement désorientées, malades, anormales ou malformées au regard d'une conception de caractéristiques corporelles,

³⁹ A. GIAMI et L. NAYAK, « Controverses dans les prises en charge des situations trans : une ethnographie des conférences médico-scientifiques », *Sciences sociales et santé*, vol. 37, 2019/3, pp. 45, 53-54.

d'habitudes, de pratiques, de modes de vie ou de gestes⁴⁰. Cette pathologisation, encadrée par un diagnostic, permet de traiter un trouble défini.

Historiquement, les personnes trans* étaient diagnostiquées au regard du trouble de « transsexualisme ». Dans les années 70, John Money et Robert Stoller⁴¹, psychiatres américains, au même titre qu'Harry Benjamin⁴², endocrinologue germano-américain, participent activement à la pathologisation du « transsexualisme »⁴³. Sur base d'une norme selon laquelle le sexe biologique et l'identité de genre correspondent, ces professionnels de la santé vont considérer que lorsqu'une personne ne rencontre pas cette norme, elle est atteinte d'un désordre (*disorder*), d'un trouble mental qu'il faut résoudre. Cette conception pathologisante du « transsexualisme » sera inscrite à la liste du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (ci-après *DSM*) publié par l'Association américaine de psychiatrie (ci-après APA) ainsi qu'à la classification internationale des maladies (ci-après CIM) instituée par l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après OMS).

Cependant, cette pathologie de « transsexualisme » qui sera également appelée « dysphorie de genre », ne repose sur aucune preuve empirique (marqueur génétique clair, test biochimique, imagerie cérébrale ou mesures objectives) ou cause identifiable permettant de confirmer le diagnostic psychiatrique. Celui-ci repose plutôt sur une interprétation de ce que

⁴⁰ A.S. SCHWEND, "Trans health care from a depathologization and human rights perspective", *Public Health Reviews*, n°41/3, 2020, p. 3. Traduction libre.

⁴¹ J. MONEY, "Gender role, gender identity, core gender identity: usage and definition of terms", *J. Amer. Acad. Psychoanalysis*, n° 1(4), 1973, pp. 397-403 ; R. J. STOLLER, *Sex and gender. The transsexual experiment*, vol. II, New York, Jason Aronson, 1975 ; R. J. STOLLER, *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*, France, Gallimard, 1978.

⁴² H. BENJAMIN, *The transsexual phenomenon*, Dusseldorf, Symposium Publishing, 1999.

⁴³ A. ALESSANDRIN, *op. cit.*, p. 811 ; J-C. COFFIN, « Le genre, une notion prise au sérieux dans les années 1960. Autour du psychiatre et psychanalyste Robert Stoller », *Sociétés et représentations*, n° 43, 2017/1, pp. 43-63 ; J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, Bruxelles, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2009, p. 18.

doit être une personne trans*⁴⁴ et renforce une conception paternaliste de la médecine selon laquelle le professionnel de la santé est le *gatekeeper* du savoir médical, mieux à même de comprendre la souffrance de la personne que la personne elle-même.

Le droit à l'autodétermination et l'évolution qu'il a connu ainsi que les principes fondamentaux de droits humains vont être mobilisés afin de défaire les transidentités de ce rapport à la pathologisation et à l'anormalité⁴⁵. Cette volonté de dépathologisation (A.) n'est cependant pas partagée uniformément par l'ensemble des acteurs concernés car celle-ci repose sur des conceptions différentes des soins de santé à destination des personnes trans* (B.)

A. La volonté de dépathologiser les personnes trans*

La volonté de défaire les personnes trans* du rapport à l'anormalité, au trouble mental fût premièrement menée par l'activisme trans*⁴⁶. C'est ensuite une conception qui a émergé au sein d'organes internationaux et régionaux défendant des valeurs humanistes, tels que la *World Professional Association for Transgender Health*, les Principes de Yogyakarta, le Conseil de l'Europe ou encore l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'association mondiale et professionnelle pour la santé des personnes transgenres, connue en anglais sous le nom de *World Professional Association for Transgender Health* (ci-après WPATH), est un des organismes engagés dans la démedicalisation de la transidentité. Cette

⁴⁴ A.P. HIRÁLIO, "Rethinking trans identities within the medical and psychological community: a path towards the depathologization and self-definition of gender identity in Portugal?", *Journal of Gender Studies*, n°29/3, 2020, pp. 246-247 ; S. DAHLEN, "De-sexing the Medical Record? An Examination of Sex Versus Gender Identity in the General Medical Council's Trans Healthcare Ethical Advice", *The NewBioethics*, n°26/1, 2020, p. 42 ; J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, op. cit., pp. 18-19, 22, 26. Voy. Également : GENRES PLURIELS, *Charte du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge*, publié le 19 août 2019, disponible sur : <https://www.genrespluriels.be/Environ-5-de-la-population-belge-et?lang=fr>.

⁴⁵ A. ALESSANDRIN, op. cit., p. 817.

⁴⁶ A.S. SCHWEND, op. cit., pp. 3 et 4.

organisation multidisciplinaire regroupe « divers professionnels qui se consacrent à l'élaboration de meilleures pratiques et de politiques de soutien afin de promouvoir la santé, la recherche, l'éducation, le respect, la dignité et l'égalité des personnes transsexuelles, transgenres et non conformistes dans tous les contextes culturels »⁴⁷. En collaboration avec le monde associatif activiste, la WPATH a développé des standards de soins régulièrement mis à jour sous l'appellation « *Standards of Care* (ci-après *SOC*) *for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* ». L'association, dans sa dernière parution du *SOC* (septième édition) et au travers de ses conférences médico-scientifiques⁴⁸, valorise la reconnaissance d'un processus de transition non pathologisant⁴⁹. Selon elle, la psychothérapie *ne peut être imposée* aux personnes trans*⁵⁰. Elle considère également que le psychiatre, bannissant son rôle de *gatekeeper*, doit être présent pour « conseiller la personne trans* et confirmer son autodiagnostic »⁵¹. Cependant, cette conception de la prise en charge des personnes trans* ne fait pas consensus au sein de l'ensemble des membres de la WPATH. Il existe des controverses tant sur la place du diagnostic psychiatrique dans les protocoles médicaux et dans la nomenclature que sur la reconnaissance de la diversité des identifications de genre⁵². Certains membres de la WPATH restent donc en faveur d'un diagnostic psychiatrique au regard des classifications médicales internationales⁵³.

⁴⁷ Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, The World Professional Association for Transgender Health, 7th ed., July 2012, p. 1, available on <https://www.wpath.org>.

⁴⁸ A. GIAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, pp. 39-64.

⁴⁹ A.S. SCHWEND, *op. cit.*, p. 9.

⁵⁰ Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, pp. 4, 5, 8-9. Voy. également : A. GIAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, pp. 45 et 48. Nous soulignons.

⁵¹ Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, pp. 32 et 33. Nous soulignons. Voy. également : A. GIAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, p. 45.

⁵² Il existe également une controverse assez importante sur la place du diagnostic dans la prise en charge des enfants trans*. Nous n'en parlerons pas dans ce travail, cette spécificité n'entrant pas dans notre champ de recherche.

⁵³ A. GIAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, p. 48.

Le principe 18 de Yogyakarta, protégeant les personnes trans* contre les abus médicaux, se prononce quant à lui en faveur de la dépathologisation des personnes transgenres. En effet, une des recommandations faites aux Etats est de « garantir qu’aucun traitement ou conseil, médical ou psychologique, n’aborde, explicitement ou implicitement, l’orientation sexuelle ou l’identité de genre comme des *maladies* devant être traitées, soignées ou supprimées »⁵⁴.

En 2015, le Conseil de l’Europe, dans sa dernière résolution relative à la discrimination à l’encontre des personnes transgenres, prolonge les dires des experts ayant rédigé les principes de Yogyakarta. Pour l’Assemblée parlementaire du Conseil de l’Europe, l’inscription de la transidentité comme maladie au sein des manuels de diagnostic internationaux est une atteinte à la dignité humaine⁵⁵. Elle appelle également les Etats membres à « abolir la stérilisation et les autres traitements médicaux obligatoires, ainsi que le diagnostic de santé mentale, en tant qu’obligation juridique préalable à la reconnaissance de l’identité de genre d’une personne dans les lois encadrant la procédure de changement du nom et du genre inscrits à l’état civil »⁵⁶. Deux ans plus tard, la Cour européenne des droits de l’homme, dans son arrêt *A.P, Garçon et Nicot c. France*⁵⁷, condamnera l’imposition d’un traitement médical de conversion pouvant entraîner ou entraînant une stérilisation dans le chef de l’individu concerné en tant que condition préalable à la reconnaissance civile de l’identité de genre choisie. Le débat sur la pathologisation des personnes trans* et l’imposition d’une obligation de diagnostic est également au cœur du raisonnement de la Cour. Néanmoins, elle constatera une évolution en demi-teinte sur ce sujet. Bien que le *DSM-5* supprime, dans son diagnostic de « dysphorie de genre », toute référence au trouble mental, le « transsexualisme », à l’échelle internationale, reste une maladie mentale selon le classement en vigueur de l’OMS. Même si un « aspect important de l’identité des personnes transgenres » est en jeu, la Cour reconnaît que les « États

⁵⁴ Principe 18 de Yogyakarta, recommandation F.

⁵⁵ Résolution 2048 (2015) du 22 avril 2015 : La discrimination des personnes transgenres en Europe précitée, p. 1.

⁵⁶ Résolution 2048 (2015) du 22 avril 2015 : La discrimination des personnes transgenres en Europe, précitée, p. 2, point 6.2.2.

⁵⁷ Cour eur. D.H., arrêt *A.P, Garçon et Nicot c. France* du 6 avril 2017, précité.

parties conservent une large marge d'appréciation quant à la décision [d'imposer] une telle condition », le « psychodiagnostic préalable figur[ant], [du temps de la décision], parmi les conditions de la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres [de trente-six] États parties dans lesquels une telle reconnaissance est possible »⁵⁸.

L'Organisation mondiale de la santé, dans sa nouvelle classification mondiale des maladies (CIM-11), supprime la « dysphorie de genre » du rang des maladies mentales en 2018⁵⁹. Elle crée alors une nouvelle catégorie d'« incongruence de genre » au sein d'un chapitre relatif à la « santé sexuelle »⁶⁰. Cette avancée fut accueillie de tous, bien que certains acteurs en faveur de la dépathologisation du parcours trans*, tel que le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe⁶¹, auraient préféré une appellation moins connotée comme celle, par exemple, de « soins de santé relatifs à la transition de genre »⁶².

B. Les enjeux d'une dépathologisation

Comme nous l'avons vu dans le point précédent, la volonté de dépathologiser le parcours trans* est de plus en plus présente au sein des institutions internationales et régionales défendant les droits humains. Cependant, cette volonté est aux prises avec deux modèles de pensée à contre-courant l'un de l'autre⁶³ : d'une part, le modèle « transsexualisme », encore défendu par différents professionnels de la santé, qui place le diagnostic – et par conséquent, l'imposition d'une manière d'être trans* – au centre du raisonnement, et d'autre part, le

⁵⁸ *Ibid.*, §§ 72, 139-140.

⁵⁹ La onzième classification internationale des maladies élaborée par l'OMS entrera en vigueur au premier janvier 2022.

⁶⁰ La version actuelle du CIM peut être trouvée sur : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/411470068>.

⁶¹ Déclaration du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe du 27 mai 2019, Strasbourg, disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/commissioner/-/icd11-is-a-stride-toward-depathologisation-of-trans-people-but-more-is-needed>.

⁶² A.S. SCHWEND, *op. cit.*, p. 8.

⁶³ A. GAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, p. 40.

modèle « trans* » qui insiste sur le particularisme du parcours trans* de chaque personne concernée ainsi que sur la multiplicité des transidentités tant sur le plan social que médical⁶⁴. Cette dualité s'exemplifie au sein du classement du dernier *DSM* publié par l'Association américaine de psychiatrie. En effet, le DSM a retiré toute référence au trouble mental de son ouvrage mais la « dysphorie de genre » reste listée au sein du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Cette suppression représente donc un pas vers la démedicalisation⁶⁵ mais elle reste, dans les faits, liée à un diagnostic⁶⁶. Il existe donc une crainte de renforcer l'idée selon laquelle il n'y a pas de variation dans le fait d'être une personne trans* lorsqu'on pathologise les transidentités, via le diagnostic de « dysphorie de genre »⁶⁷. Une grande majorité de la doctrine considère néanmoins que les professionnels de la santé doivent se pencher sur la situation individuelle de chacun de leurs patients afin de savoir quelles interventions ou quels traitements ils désirent, plutôt que de présumer le parcours de la personne trans*⁶⁸.

Pour certains, il est cependant possible de réconcilier les deux modèles. En effet, l'Association Médicale Mondiale (ci-après AMM), organisation internationale de médecins, s'engage, dans sa déclaration de Genève⁶⁹, à respecter l'autonomie et la dignité du patient. Dans sa « prise de

⁶⁴ A. ALESSANDRIN, *op. cit.*, pp. 811 et 817.

⁶⁵ N. SHERRIFF, L. ZEEMAN, N. MCGLYNN et al, "Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health-care inequalities via rapid reviews of grey literature in 27 EU Member States", *Health Expectations*, n°22, 2019, p. 697.

⁶⁶ A.S. SCHWEND, *op. cit.*, p. 8.

⁶⁷ A.P. HIRÁLIO, *op. cit.*, p. 245; A. GIAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, p. 48.

⁶⁸ A. ALESSANDRIN, *op. cit.*, pp. 811 et 817 ; A. GIAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, p. 48 ; S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, "One size does not fit all: differential transgender health experiences", *Social Work in Health Care*, Vol. 58, n° 9, 2019, pp. 899 et 910 ; A.S. SCHWEND, *op. cit.*, p. 6 ; P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, "Health (Trans)gressions: Identity and stigma management in Trans* Healthcare support seeking", *Women & Language*, Vol. 39.1, 2016, p. 67.

⁶⁹ Déclaration de Genève adoptée par la 2e Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale Genève (Suisse), Association Médicale Mondiale, septembre 1948, mise à jour en octobre 2017.

position sur les personnes transsexuelles »⁷⁰ – malgré un vocabulaire inadéquat mais qui reflète la définition de personne trans* arrêtée au sein de ce travail – elle affirme que « chacun a le droit de déterminer son propre sexe et reconnaît la diversité des possibilités dans ce domaine ». Elle « demande aux médecins de respecter le droit de toute personne à l’auto-identification » et affirme que l’inadéquation sexuelle n’est pas en soi une maladie mentale mais peut toutefois mener à un diagnostic de « dysphorie de genre »⁷¹. La WPATH tient également ce discours lorsqu’en reconnaissant la diversité des parcours trans*, elle n’exclut toutefois pas la possibilité d’un accompagnement psychiatrique⁷². Cette réconciliation de pensée tient au fait que, pour les professionnels de la santé, sans diagnostic, il n’est pas possible d’ouvrir, aux personnes trans*, « l’accès aux traitements hormono-chirurgicaux et surtout [l’accès à la] prise en charge par les assurances-maladies »⁷³.

En mettant de côté la référence à la « dysphorie de genre » toujours présente au sein du DSM, la nouvelle nomenclature instituée par la CIM-11 – malgré son intitulé critiqué – permettrait donc d’ouvrir le droit aux soins de santé au moyen d’un diagnostic non lié à une psychopathologisation de la transidentité. Elle pourrait même permettre, dans certains cas, « d’apaiser le patient en reconnaissant et en labellisant sa souffrance »⁷⁴. Cette perception de la dépathologisation s’inscrit, selon nous, au sein des Principes 17 et 18 de Yogyakarta. Le principe 18, précédemment abordé, entend supprimer de la transidentité, toute référence implicite ou explicite à la maladie. De plus, le Principe 17, traitant du droit au plus haut niveau de santé, demande aux Etats de « garantir, aux personnes trans*, l’accès aux meilleurs soins de santé possibles, sur la base du consentement libre, préalable et informé de l’individu » ainsi que de « veiller à ce que les soins de santé affirmant le genre soient fournis par le système de

⁷⁰ Prise de position de l’AMM sur les personnes transsexuelles adoptée par la 66ème Assemblée Générale de l’AMM, Association Médicale Mondiale, Moscou, Russie, octobre 2015.

⁷¹ Prise de position de l’AMM sur les personnes transsexuelles, recommandations 1 et 2.

⁷² A.S. SCHWEND, *op. cit.*, p. 8.

⁷³ A. GIAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, p. 46.

⁷⁴ *Ibidem*.

santé publique ou, à défaut, que les coûts soient couverts ou remboursables par les régimes d'assurance maladie privés et publics »⁷⁵.

La volonté de dépathologiser la transidentité passe donc par une prise en charge individualisée et non psychiatrisante des personnes trans*. De plus, afin de permettre un accès aux soins de santé et une couverture de leurs coûts par l'Etat, le processus de l'autodiagnostic confirmé par les professionnels de la santé semble être la combinaison la plus respectueuse des droits fondamentaux des personnes concernées. Cependant, ce modèle de dépathologisation est difficilement perceptible sur le terrain, tout l'enjeu se situant dans la manière dont le diagnostic est pratiqué et perçu. Dans la pratique, deux modèles de diagnostics, sont donc, pour nous, de nature à se côtoyer : le « psycho-diagnostic » qui porte les valeurs du modèle « transsexualisme » et pathologise la personne trans* et l'« auto-diagnostic confirmé » qui porte les valeurs du modèle « trans* » et respecte la pluralité des identités de genre tout en impliquant le professionnel de la santé dans les démarches prospectées par la personne trans* dans le cadre de son parcours transitionnel.

II. La prise en charge médicale des personnes trans*

La WPATH, au sein de son *Standards of Care*, se positionne contre les discriminations à l'encontre des personnes trans* dans leur accès à l'offre de soins. Plus précisément, elle condamne le langage discriminant ainsi que les thérapies de conversion⁷⁶. Selon l'association *Transgender Europe*, la prise en charge pratique des personnes trans* n'est cependant pas évidente. Elle souligne, d'une part, qu'il faut encore trop souvent se conformer à des protocoles de soins préétablis qui allongent les délais de prise en charge et sont perçus par les personnes trans* comme étant trop longs, et d'autre part, qu'il faut faire face aux attitudes des médecins vécues comme étant transphobes⁷⁷. Bien entendu, de la même manière qu'une étude portugaise a montré que les pratiques des médecins n'étaient pas homogènes⁷⁸, nous pouvons

⁷⁵ Principe 17 de Yogyakarta, recommandations K et L.

⁷⁶ A.S. SCHWEND, *op. cit.*, p. 9.

⁷⁷ A. GIAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, p. 46.

⁷⁸ A.P. HIRÁLIO, *op. cit.*, p. 254.

présumer très facilement, au regard des témoignages recueillis, qu'elles ne le sont pas non plus en Belgique.

Cependant, malgré une suppression des références médicales et plus précisément de la condition de diagnostic au sein de la législation belge relative à la reconnaissance civile de l'identité de genre, le parcours médical des personnes trans* ne semble pas s'être complètement détaché de la psycho-pathologisation des personnes concernées. Plusieurs témoins ont mis en évidence qu'au travers de l'exigence d'une attestation permettant d'ouvrir le droit à l'hormonothérapie ou à la chirurgie, le modèle du « psycho-diagnostic » reste utilisé (Entretiens n^{os} 2, 3 et 5)⁷⁹.

Le parcours de chaque personne trans* est unique. Néanmoins, dans un objectif de meilleure compréhension des enjeux relatifs à la prise en charge médicale des personnes trans*, nous analyserons de manière distincte la prise en charge médicale de première ligne (A) et la prise en charge opératoire et post-opératoire trans-spécifique (B). Au sein de la prise en charge médicale de première ligne, nous nous focaliserons sur le rapport aux professionnels de la santé dans le cadre du parcours de transition – tels que les psychologues, psychiatres, endocrinologues, médecins – mais une majorité de nos propos peuvent s'appliquer à la prise en charge médicale quotidienne des personnes trans* (*day to day care*). Nous excluons cependant de nos propos les questionnements relatifs à la santé mentale des personnes trans*. Ce rapport à la santé mentale doit être compris comme un déséquilibre mental et/ou émotionnel pouvant être lié au parcours de la personne trans* mais qui n'institue pas une pathologisation de la transidentité en elle-même.

⁷⁹ Extraits : « C'est déjà le point de départ de la transition, quand on dit qu'il faut aller voir un psy, je ne suis pas d'accord. C'est là que l'autodétermination intervient réellement. Au niveau légal, oui bien sûr mais au niveau médical, on est nulle part pour cela. » - Entretien n° 2 ; « Ce que j'en pense à l'heure actuelle, c'est vraiment débile qu'on nous oblige encore à avoir une attestation de psychiatre ou de psychologue pour avoir accès à une hormonothérapie ou avoir accès à une opération pour avoir son confort personnel. » - Entretien n° 3.

A. La prise en charge de première ligne

Peu d'études sont réalisées sur la prise en charge médicale des personnes trans*⁸⁰. On retrouve le plus souvent dans la littérature, des études plus globales sur les personnes LGBTI⁸¹ ou des études sur des maladies ou facteurs de risques spécifiques. Or, les personnes trans* ont des besoins différents des personnes LGBTI en matière de santé⁸² et il est intéressant de voir comment ceux-ci sont pris en compte dans l'accès et l'offre de soins.

Sur base de différentes études⁸³ spécifiques aux personnes trans*, nous constatons plusieurs schémas de discrimination qui se répètent dans l'accès et l'offre de soins. A titre d'exemple, on dénombre le refus d'accès aux soins, l'expérience de violences verbale – le plus souvent présente – et physique, un questionnement invasif sur le statut trans* de la personne non pertinent par rapport à la visite, l'expérience de non-respect de l'identité de genre ou de réminiscence du sexe biologique. Ces différentes sources de discrimination étant interconnectées, les patients trans* font face à de l'inégalité⁸⁴ intersectionnelle⁸⁵. Il ne faut cependant pas perdre de vue que, de la même manière que les pratiques des médecins ne sont pas homogènes, les expériences de discrimination ne sont pas vécues de façon identique chez l'ensemble des personnes trans*⁸⁶. Dans le cadre d'une étude comparée de la littérature grise de l'ensemble des pays de l'Union européenne, il a pu être constaté qu'en Belgique, les personnes trans* relatent un problème d'accès aux soins, des expériences de discrimination

⁸⁰ S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 901 ; P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, *op. cit.*, pp. 49-50.

⁸¹ J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, *op. cit.*, p. 12 ; N. SHERRIFF, L. ZEEMAN, N. MCGLYNN et al, *op. cit.*, p. 690.

⁸² P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, *op. cit.*, p. 50.

⁸³ S. DAHLEN, *op. cit.*, p. 45 ; S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, pp. 901 et 904 ; M. ROMANELLI and M. LINDSEY, "Patterns of Healthcare Discrimination Among Transgender Help-Seekers", *American Journal of Preventive Medicine*, n° 58(4), 2020, pp. 123 et 125.

⁸⁴ S. DAHLEN, *op. cit.*, p. 48.

⁸⁵ P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, *op. cit.*, p. 53.

⁸⁶ M. ROMANELLI and M. LINDSEY, *op. cit.*, p. 127.

liées à l'hétéronormativité et la normativité de genre ainsi que du stress lié au fait d'être une minorité⁸⁷. Ces différents problèmes sont également repris au sein des deux enquêtes commandées par l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes (ci-après IEFH) en 2010 et 2017 sous les intitulés « Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres »⁸⁸ et « Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard »⁸⁹. Ces schémas de violences et de discriminations – tel que le fait de se faire appeler par son « *dead name* », de se retrouver nu devant beaucoup de personnes ou encore se faire poser des questions ressenties comme inappropriées et transphobes – ont également été relayées dans les témoignages (Entretiens n^{os} 1, 2, 3 et 5).

Ces schémas de discrimination sont sources de peurs multiples chez les personnes trans* – telle que la peur de la discrimination elle-même, de révéler son identité ou encore d'être face à un médecin peu familier avec ses besoins spécifiques⁹⁰ – et elles ont pour conséquence le report ou l'évitement des soins⁹¹. Selon une étude américaine, 61% des personnes trans* interrogées, reportent ou évitent complètement les soins de santé à cause de cette peur⁹². Il semblerait également que dans les personnes qui ont cette démarche conduite par la peur, les personnes s'identifiant comme « homme » et « homme trans* » seraient deux fois plus touchées par ce report des soins en comparaison aux personnes s'identifiant comme « femme » et « femme trans* ». La peur de la discrimination et son influence sur le report des soins médicaux serait également plus présente chez les jeunes de moins de 25 ans qu'au sein de la tranche d'âge des 45-64 ans⁹³. Cet évitement des soins fût également constaté en

⁸⁷ N. SHERRIFF, L. ZEEMAN, N. MCGLYNN et al, *op. cit.*, pp. 690, 692

⁸⁸ J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, *op. cit.*, pp. 72 et 166.

⁸⁹ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, Bruxelles, Institut pour l'Egalité des femmes et des Hommes, 2017, p. 96.

⁹⁰ S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 899 ; P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, *op. cit.*, p. 50.

⁹¹ P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, *op. cit.*, p. 54.

⁹² S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 901.

⁹³ *Ibid.*, pp. 908-910.

Belgique par l'enquête commandée par IEFH en 2017. Selon cette étude, « plus d'un-e répondant-e sur trois déclare ne pas avoir besoin d'aide (35,6%) et/ou ne pas la souhaiter (15,9%). Il s'avère relativement souvent que l'une des raisons est la peur de demander de l'aide (25,8%), ou encore la crainte des préjugés de la part des professionnel-le-s (24,2%) »⁹⁴. Il est intéressant de voir que, par rapport à l'étude commandée dix ans plus tôt sur le même sujet, la peur de demander de l'aide est en diminution – 25,8% contre 30,5 % en 2009 – mais que la crainte des préjugés est, elle, en augmentation – 24, 2% contre 21,1% en 2009 – ⁹⁵. Cette peur de se voir refuser de l'aide par crainte des préjugés fût également relatée par nos témoins (Entretiens n^{os} 3, 4 et 5)⁹⁶.

Il est donc nécessaire d'avoir un accès à des soins de santé qui prennent en compte les besoins spécifiques des personnes trans*⁹⁷. En effet, afin de combattre les stigmates et la discrimination auxquels elles font face, les personnes trans* ont le sentiment de devoir elles-mêmes « éduquer » les médecins à leurs propres besoins médicaux et émotionnels⁹⁸. De plus, les personnes trans* se doivent de corriger les propos des médecins lorsqu'ils sont basés sur de la désinformation – telle que la volonté pour toutes les personnes trans* de passer par la chirurgie – ou des biais de compréhension⁹⁹. Il est donc important d'avoir des praticiens de la

⁹⁴ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, *op. cit.*, pp. 57-58.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 93.

⁹⁶ Extraits : « Parce qu'il y a des personnes trans* qui même lorsqu'elles sont agressées et dans des états catastrophiques, ne se rendent pas à l'hôpital et ça, ça me dérange beaucoup. » - Entretien n° 3 ; « Et souvent on a peur d'aller voir un nouveau médecin. On se dit : 'Oula, il va réagir comment ? Qu'est-ce que je vais encore me prendre dans les dents ?'. Et on a toujours un peu une boule au ventre dès qu'on doit aller voir un nouveau médecin. » - Entretien n° 4 ; « En attendant, cela fait un an et demi que je suis à Charleroi et je n'ai toujours pas de médecin traitant. » - Entretien n° 5.

⁹⁷ M. ROMANELLI and M. LINDSEY, *op. cit.*, p. 123.

⁹⁸ S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 901 ; M. ROMANELLI and M. LINDSEY, *op. cit.*, p. 125 ; P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, *op. cit.*, p. 54.

⁹⁹ S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 901.

santé qui soient *trans-friendly* et *safe*, tant dans le cadre des soins de santé liés à la transition que dans le traitement de la santé mentale et émotionnelle des personnes trans*¹⁰⁰ (Entretiens n^{os} 1, 2, 3 et 5)¹⁰¹.

Afin de faire face au manque de considération et de connaissances trans-spécifiques des praticiens de la santé, il est urgent et indispensable de mettre en place une formation trans-inclusive. Cette nécessité, mise en avant par différentes études¹⁰², fait partie de plusieurs recommandations adressées aux États au sein du Principe 17 de Yogyakarta défendant un droit au plus haut niveau de santé possible¹⁰³. Elle est également corroborée par l'intégralité des témoignages réalisés dans le cadre de ce mémoire (Entretiens n^{os} 1 à 6)¹⁰⁴ ainsi que par la prise de position de l'Association Médicale Mondiale¹⁰⁵. Selon celle-ci, l'éducation et la formation

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 902.

¹⁰¹ Extraits : « Il suit d'autres enfants au sein de Transkids qui ont même 7-8 ans donc il est très fort dans le 'si c'est quelque chose qui est ressenti, c'est que c'est le cas' et il est très très *safe* à ce niveau-là. » - Entretien n° 1 ; « J'essaie toujours de m'entourer de professionnels bienveillants pour pouvoir aiguiller en disant : 'ben écoute, si tu veux voir quelqu'un, c'est à toi de voir, moi je travaille avec telle personne et tu peux aller le ou la rencontrer, c'est quelqu'un de bien, tu verras'. » - Entretien n° 3.

¹⁰² S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 900, 902-904 ; M. ROMANELLI and M. LINDSEY, *op. cit.*, p. 129 ; N. SHERRIFF, L. ZEEMAN, N. MCGLYNN et al, *op. cit.*, pp. 694-695, 697 ; J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, *op. cit.*, p. 166.

¹⁰³ Principe 17 de Yogyakarta, recommandations D, F et I.

¹⁰⁴ Extraits : « La manière dont l'OMS envisage les personnes trans* doit être revenue ainsi que la manière dont on en parle ou qu'on n'en parle pas dans les programmes scolaires. » - Entretien n° 2 ; « Avoir des gens qui sont vraiment au courant de la transgenralité et que les personnes transgenres puissent se rendre bêtement aux urgences tout simplement, pas spécialement pour suivre une transition mais tout simplement pour des soins de tous les jours. Là je pense à mon amie qui s'est rendue aux urgences dans sa région, ça a été compliqué. Ça a été très compliqué, ça a été limite de la transphobie qu'elle a subi et je pense qu'on doit former, je ne vais pas dire des équipes, mais je veux dire former les hôpitaux à la question trans*. » - Entretien n° 3 ; « Je pense que s'il y a bien une chose qui peut être modifiée dans la société, c'est l'apport de connaissances au niveau des médecins ? Je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui ne sont pas du tout sensibilisés. » - Entretien n° 4.

¹⁰⁵ Prise de position de l'AMM sur les personnes transsexuelles précitée, page 1 et recommandation 6.

des professionnels de la santé aux besoins spécifiques des personnes trans* doit être plus présente mais également non transphobe. A cette fin, l'introduction d'une bonne terminologie, l'attention portée aux biais d'éducation et le développement d'une méthode afin d'aborder le *screening* médical d'une personne trans*, sont autant d'exemples à mettre en œuvre afin de concrétiser une formation trans-inclusive¹⁰⁶. Cette formation doit, de plus, être envisagée tant au sein des programmes d'enseignement supérieur des futurs professionnels de la santé que dans le cadre de la formation continue des professionnels de la santé¹⁰⁷. Avoir un plus grand nombre de praticiens de la santé formés aux besoins spécifiques des personnes trans* permettrait un plus grand accès aux soins et aux interventions médicales lorsque celles-ci sont désirées. Un témoin nous relatait être régulièrement confronté, dans son travail associatif, à des professionnels de la santé refusant de traiter les patients trans* par manque de connaissances et parfois par mépris (Entretien n° 5). Cela diminuerait également le taux des personnes reportant leurs soins de santé par peur des schémas de discrimination exposés ainsi que le taux de personnes en mal-être psychologique et émotionnel suite à cette peur¹⁰⁸.

L'ensemble des problèmes énoncés dans le cadre de la prise en charge des personnes trans* – à savoir les schémas de discrimination, les peurs s'y afférant et l'enjeu de la formation des professionnels de santé – sont interconnectés et se retrouvent tant au niveau personnel, interpersonnel (relation patient-praticien) qu'institutionnel. Il est donc nécessaire de reconnaître l'intersectionnalité de ceux-ci et de les traiter de manière globale pour l'ensemble des niveaux concernés¹⁰⁹.

B. La prise en charge opératoire et post-opératoire

L'ensemble des problèmes abordés dans la première partie de la prise en charge médicale des personnes trans* (point A), ne s'arrêtent évidemment pas aux portes de la prise en charge

¹⁰⁶ M. ROMANELLI and M. LINDSEY, *op. cit.*, p. 129.

¹⁰⁷ S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 900, 902-904 ; N. SHERRIFF, L. ZEEMAN, N. MCGLYNN et al, *op. cit.*, p. 697.

¹⁰⁸ S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 911

¹⁰⁹ P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, *op. cit.*, p. 54.

opérateur et post-opérateur. Les schémas de discriminations et les peurs s’y afférant ainsi que l’enjeu de la formation du personnel soignant restent des obstacles à surmonter dans l’accès et l’offre de soins trans-spécifiques. Dans le cadre de la prise en charge opératoire et post-opératoire, ces problématiques peuvent cependant être ressenties encore plus brutalement par les personnes trans* car elles sont liées à une partie de leur parcours transitoire qui fait l’objet d’énormément de réflexions préalables et est le vecteur d’un bouleversement émotionnel tant pré-opératoire que post-opératoire (Entretiens n^{os} 1 à 6).

Ce qui se joue dans le cadre de la prise en charge opératoire est très souvent lié à un problème d’accès à un personnel soignant spécialisé, proposant une offre de soins étendue respectant l’autodétermination de la personne trans* et son parcours individuel. Selon l’enquête commandée par l’IEFH en 2017, 85% des participant.es sont sûr.es ou relativement certain.es de vouloir modifier leur corps afin qu’il corresponde mieux à leur identité de genre¹¹⁰. Cependant, 15,9% d’entre eux – contre 10, 5% en 2009 – expriment une non confiance dans les services proposés¹¹¹.

Dans le cadre de l’accès aux soins, l’IEFH dénonçait, déjà en 2009¹¹², un déséquilibre géographique important dans l’offre de soins. A l’époque, il existait alors trois équipes interdisciplinaires dites « de genre » reconnues en Flandre (Gand, Anvers et Brugge), et une en Wallonie (Liège)¹¹³. Le constat d’un manque d’accès aux soins fût également renouvelé en 2017¹¹⁴. Depuis, l’Institut national d’assurance maladie invalidité (ci-après INAMI) a

¹¹⁰ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, op. cit., p. 60.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 93.

¹¹² J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, op. cit., pp. 71 et 166.

¹¹³ G. DE CUYPERE, M. VAN HEMELRIJCK, A. MICHEL and al., “Prevalence and demography of transsexualism in Belgium”, *European Psychiatry*, N° 22/3, 2007, p. 138.

¹¹⁴ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, op. cit., p. 97.

reconnu officiellement deux « équipes de genre » (Gand et Liège)¹¹⁵. Ce manque d'accès aux soins a pour conséquence que le nombre de personnes ayant renoncé à leurs soins, en raison d'un temps d'attente perçu comme trop long, a plus que doublé en l'espace de dix ans – 10,6% en 2017 contre 4,2% en 2009 – ¹¹⁶. Ce délai d'attente, confirmé par les témoignages (Entretiens n^{os} 1 et 3), pousse certaines personnes trans*, avec une plus grande inclinaison pour cette solution en Wallonie que dans les autres régions, à se rendre à l'étranger afin de recevoir des soins¹¹⁷. L'ensemble de ces facteurs nous pousse à nous interroger sur l'offre de soins effectivement présente en Belgique lorsqu'on sait que « l'équipe de genre » présente à Liège semble, selon les témoignages, en déclin. (Entretiens n^{os} 2 et 3).

De plus, le nombre de personnes n'approuvant pas les traitements proposés en Belgique est en augmentation – 11,4% en 2017 contre 8,4% en 2009 –¹¹⁸. En effet, dans ce domaine, les chirurgiens jouent encore un rôle important de *gatekeeper* du savoir médical se matérialisant par la pratique du diagnostic psycho-pathologisant¹¹⁹. L'étude menée sur la littérature grise belge, précédemment citée, ne démontre pas l'existence de cette problématique¹²⁰. Cependant, ce modèle de pensée reste, selon les témoignages, relativement présent au sein des « équipes de genre » (Entretiens n^{os} 1, 2, 3 et 6). Vues de l'extérieur, ces équipes remplissent leur objectif d'offre de soins car en s'organisant de manière interdisciplinaire, elles fournissent l'offre la plus étendue. Néanmoins, les personnes trans* dénoncent un parcours « par étapes » impliquant nécessairement une évaluation psychiatrique menant à une offre de soins balisée

¹¹⁵ Convention n° 7762 avec les centres d'accompagnement de la transidentité du 3 septembre 2018, INAMI, disponible sur :

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/liste_centre_reeducation_conventionne_7762_fr.pdf.

¹¹⁶ J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, op. cit., p. 166 ; J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, op. cit., pp. 64-65, 93.

¹¹⁷ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, op. cit., pp. 64-65.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 93.

¹¹⁹ A.P. HIRÁLIO, op. cit., p. 247 ; N. SHERRIFF, L. ZEEMAN, N. MCGLYNN et al, op. cit., p. 696.

¹²⁰ N. SHERRIFF, L. ZEEMAN, N. MCGLYNN et al, op. cit., p. 693.

par les opérations de réassignation sexuelle¹²¹. De plus, le fait que les équipes de genre soient reconnues par l'INAMI, suggère que ce modèle de soins, basé sur le psycho-diagnostic, est soutenu par le gouvernement, en contradiction de toutes les normes internationales et régionales de *soft law* poussant vers la dépathologisation du parcours trans*. Certaines personnes sont néanmoins en faveur du modèle établi par les « équipes de genre » car celui-ci offre un encadrement permettant d'accompagner la personne trans* dans son besoin de validation (Entretiens n^{os} 3 et 4)¹²².

Il est donc nécessaire d'implémenter une diversité de modèles de suivi car les pratiques sont encore très fortement inégales, et les personnes trans* sont toujours sujettes, de manière disproportionnée, à un support de santé inéquitable¹²³. En effet, l'IEFH recommande l'implémentation de « soins spécifiques et suffisamment accessibles »¹²⁴ pour toutes les personnes trans* et ce, au regard des critères d'offre, de choix, de moyens et d'informations disponibles. Afin de compenser le modèle établi par les « équipes de genre » et avoir accès à une offre de soins trans-spécifiques qui convienne aux personnes trans* dans leur diversité, celles-ci se dirigent vers des chirurgien.nes travaillant en dehors des équipes de genre et

¹²¹ Extrait : « C'est toute une équipe qui se dit spécialisée là-dedans mais voilà ils sont un peu 'nous on sait tout, on sait même mieux que toi ce que tu ressens et donc c'est nous qui allons choisir comment tu vas faire et comment tu vas aller'. C'est quelque chose qui ne m'a pas plu car j'estime encore pouvoir faire ce que je veux dans les limites du possible. » - Entretien n° 1.

¹²² Extraits : « Moi je suis 'pour' les équipes et je suis 'contre'. Pourquoi ? Je suis 'pour' parce que, je pense, c'est de la même façon que je vois l'association ici, je pense que les équipes doivent répondre à une certaine demande. Et à eux d'exister parce qu'il y a des personnes qui ont besoin de passer par une équipe et c'est une question de facilité de rencontrer un gynécologue qui soit sur place, un chirurgien, ... et qui a connaissance de la thématique de la transgenralité. Pour moi, c'est important, parce qu'il y a des gens qui vont s'y retrouver. » - Entretien n° 3 ; « Même si intimement, j'étais convaincue que je me lançais dans la bonne direction, j'étais quand même remplie de doute et j'avais besoin de ce soutien, et puis d'être 'validée par un professionnel'. » - Entretien n° 4.

¹²³ P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, *op. cit.*, p. 52.

¹²⁴ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, *op. cit.*, p. 93.

créent, sur base de l'action du monde associatif, un réseau médical parallèle aux « équipes de genre » (Entretiens n^{os} 1, 2 3, 5 et 6).

Les avis recueillis sur la gestion du post-opératoire des personnes trans* sont relativement mitigés. La WPATH insiste sur l'importance d'un bon suivi post-opératoire et demande aux professionnels de la santé de mettre l'accent sur celui-ci tant dans leur pratique que dans la conscientisation du patient à celui-ci¹²⁵. De son côté, l'IEFH souligne l'importance d'informer suffisamment les personnes trans* sur la spécificité de leurs soins¹²⁶. En effet, il est important de préparer la personne trans* aux résultats de son ou ses opérations. Avec cet objectif en tête, l'un des témoins soulevait l'importance d'un suivi psychologique, afin de s'approprier son nouveau corps trans* (Entretien n^o 3)¹²⁷.

III. La prise en charge financière des soins de santé

Le nombre de personnes trans* n'allant pas chercher d'aide médicale pour raisons financières représente 18,2 % des participants à l'enquête de l'IEFH de 2017 et est en légère augmentation par rapport à l'enquête commandée 10 ans plus tôt (17,9%)¹²⁸. Pourtant, le Principe 17 de Yogyakarta recommande que les soins de santé trans-spécifiques soient assumés par le système de santé publique ou à défaut, couverts ou remboursés via le système des assurances-

¹²⁵ Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People précité, pp. 64-67.

¹²⁶ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, op. cit., p. 93.

¹²⁷ Extrait : « Maintenant, je pense et j'en suis persuadé, pour ce genre d'opération, il est bien de conseiller d'aller voir quelqu'un pour pouvoir accepter le résultat, si je puis dire. Moi je connais beaucoup de gars qui vivent dans le déni, qui se font réopérer, réopérer pour essayer de calquer le plus possible à l'idéal masculin qu'ils ont en tête. Mais cet idéal n'existera jamais parce que ça reste de la chirurgie, ça reste une réassignation d'une personne trans*. On ne sait pas coller à quelque chose qu'un homme cisgenre a, je ne vais pas rentrer dans les détails, mais je pense qu'il faut être prêt à ça aussi. » - Entretien n^o 3. Pour rejoindre le propos d'un point de vue scientifique, voy. : S. DAHLEN, "op. cit.", pp. 39-41, 45-46.

¹²⁸ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, op. cit., p. 93.

maladies¹²⁹. A ce propos, *Transgender Europe* met en lumière la difficulté de suivre des protocoles de soins qui peut avoir comme conséquence de rendre difficile le remboursement par l'assurance-maladie¹³⁰. La Cour européenne des droits de l'homme, dans son arrêt *Schlumpf c. Suisse*¹³¹, a d'ailleurs condamné la Suisse dans ce domaine pour violation de l'article 8 de la Convention. Il ressort de cet arrêt que lorsque des critères sont définis par les assurances-maladies et qu'ils conditionnent le remboursement des soins trans-spécifiques, ceux-ci doivent faire l'objet d'une analyse concrète au regard des différents intérêts en présence et non d'une application systématique¹³².

Ce constat nous amène à nous interroger sur l'acception donnée au diagnostic comme critère conditionnant le remboursement (A.) mais également sur l'impact du numéro de Registre national genré sur le remboursement des soins de santé (B.), sujet abordé de manière récurrente dans plusieurs de nos entretiens (Entretiens n^{os} 2, 3 et 5).

A. L'importance du diagnostic

En Belgique, l'INAMI a signé des conventions de soins¹³³ avec les « équipes de genre » de Liège et de Gand permettant la prise en charge et le remboursement des soins de santé (Entretien n^o 3). Cependant, le modèle de soins pratiqué au sein des « équipes de genre » renvoie à une approche médicale paternaliste défendant l'utilité du « psycho-diagnostic ». Celui-ci est donc en opposition avec le modèle de « l'auto-diagnostic confirmé » par le médecin qui privilégie une prise en charge basée sur l'individualité du parcours de la personne trans* ainsi que sur son consentement éclairé, tel que défendu par les organes régionaux et internationaux des droits humains se prononçant en faveur d'une dépathologisation du parcours trans*.

¹²⁹ Principe 17 de Yogyakarta, recommandation additionnelle L.

¹³⁰ A. GIAMI et L. NAYAK, *op. cit.*, p. 46.

¹³¹ Cour eur. D.H., arrêt *Schlumpf c. Suisse* du 8 janvier 2009, req. n^o 29002/06.

¹³² *Ibid.*, §§ 111 et 112.

¹³³ Convention n^o 7762 avec les centres d'accompagnement de la transidentité du 3 septembre 2018 précitée.

Cette existence simultanée de deux acceptions différentes du diagnostic, et de la place qui doit leur être respectivement réservée, entraînent un manque de précision sur le remboursement des soins trans-spécifiques par les assureurs et l'INAMI¹³⁴. En 2009, « le coût élevé des différentes interventions comme l'épilation, l'hormonothérapie, les opérations, etc. n'[était] pas remboursé, ou partiellement seulement, et de nombreuses assurances hospitalisation reprenn[aient] la transsexualité sur leur liste des interventions médicales non remboursées »¹³⁵. Le montant alors déboursé en propre par les répondants à l'enquête de l'IEFH variait pour la majorité entre 1000 et 5000 euros¹³⁶. L'ensemble de ces considérations restent d'actualité, comme l'ont démontré la majorité de nos témoignages (Entretiens n^{os} 1 à 5)¹³⁷. En 2017, l'IEFH recommandait pourtant que « le remboursement des soins aux personnes transgenres [soit] mieux organisé et plus transparent »¹³⁸.

B. Le numéro de Registre national et son impact sur le remboursement des soins de santé

La place donnée au diagnostic dans les protocoles de soins n'est pas le seul obstacle à une prise en charge financière transparente et organisée des soins de santé trans-spécifiques. En effet,

¹³⁴ J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, op. cit., p. 72.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 166.

¹³⁶ *Ibidem*.

¹³⁷ Extraits : « Par rapport à l'opération, c'est considéré comme une opération esthétique, ce qui est bien dommage. » - Entretien n°1 ; « Donc même si on passe par l'équipe de genre de Gand, qui demande maintenant des acomptes qui varient entre 1500€ pour la mastectomie non-remboursable et je pense qu'ils en sont à 3500€ non-remboursables pour la phalloplastie et la méta, si je ne m'abuse, ... Moi ces acomptes ils ont été remboursés (sous l'ancienne loi), à l'heure actuelle ils ne sont plus remboursés. » - Entretien n°3 ; « Il y a une part qui est prise d'office par la mutuelle, une par le code INAMI et donc ma charge à moi c'est 1750 euros, plus 300 euros pour la prothèse vaginale et 90 euros pour le kit de dilatation post-opération. Donc ça fait un total de 2090€ avec peut être encore des frais pour la chambre et ce genre de choses. » - Entretien n°4 ; « J'ai un ami, par exemple, je ne l'aurais pas fait à sa place, mais voilà, il a choisi le docteur XXXX, c'est 4500 euros. » - Entretien n°5.

¹³⁸ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, op. cit., p. 93.

plusieurs témoignages ont pointé le fait que le numéro de Registre national genré serait de nature à bloquer le remboursement de certains types d'intervention – telle qu'une mastectomie ou hystérectomie pratiquée sur une personne de sexe civil¹³⁹ « M » – (Entretiens n^{os} 2, 3 et 5). Le numéro de registre national composé au total de onze chiffres est subdivisé en trois catégories reprenant chronologiquement, la date de naissance, un numéro d'ordre genré et composé de trois chiffres ainsi qu'un nombre de contrôle à deux chiffres. Le numéro d'ordre est pair pour les personnes de sexe civil féminin et impair pour les personnes de sexe civil masculin¹⁴⁰. De plus, les personnes ayant changé légalement de sexe civil, se voient attribuer une inscription informatique de code (004) au sein du Registre national. Selon un médecin contrôle de la Mutualité Chrétienne que nous avons pu contacter, la nomenclature de l'INAMI et, par extension, les assurances-maladies sont, en principe, neutres en termes de genre. Tout en nuanciant son propos, il nous a permis de comprendre trois mécanismes agissant dans la prise en charge financière des soins de santé et le remboursement de ceux-ci par les assurances-maladies. Premièrement, la composition des forfaits d'assurance est indirectement influencée par nos valeurs sociétales. L'assurance-maladie s'adapte donc aux pratiques médicales mais avec un décalage temporel inévitable. Deuxièmement, les prestataires de soins de santé semblent prendre peu ou pas d'initiative pour développer une nomenclature spécifique pour les personnes trans*¹⁴¹. Troisièmement, la nomenclature de l'INAMI ne contient pas systématiquement une référence claire et démontrable à des termes ou des références à un sexe/genre. Lorsqu'elle le fait – comme par exemple avec le remboursement des médicaments à destination des femmes ménopausées –, la règle est d'ordre publique et doit être respectée. Lorsque la référence est implicite – en cas de nomenclature séparée pour les gynécologues ou pour des interventions menées sur des organes qui, d'un point de vue biologique, sont liées à

¹³⁹ Pour comprendre l'enjeu de ce terme, voy. note de bas de page n° 26 (Partie I, point II.C.)

¹⁴⁰ Description du fichier du Registre national des personnes physiques, Chapitre IV. Le Registre national des personnes physiques, pp. IV-1 et IV-4, mis à jour le 28 août 2014, disponible sur : <https://www.ibz.rn.fgov.be/fr/>

¹⁴¹ Cette information nous a été confirmée par l'un de nos témoins : « Ce que je sais en tous cas, c'est que quand j'ai commencé à économiser pour mon opération, j'ai décidé de prendre rendez-vous avec ma mutuelle, pour savoir s'ils faisaient quelque chose en particulier des remboursements, etc. Et *grosso modo*, on m'a répondu que ça dépendait du médecin choisi et que si lui faisait appliquer des remboursements, alors ça se mettait mais sinon, qu'il n'y avait rien en particulier pour les personnes trans* en tous cas. » - Entretien n°5.

un sexe biologique à l'exclusion de l'autre (ablation de la prostate pour les hommes et hystérectomie pour les femmes par exemple) –, cette référence ne constitue pas, en elle-même, un motif de refus systématique et automatique d'intervention. Cependant, des filtres, pouvant être liés au sexe/genre, sont mis en place dans les programmes afin de détecter les erreurs administratives ou l'utilisation incorrecte de la nomenclature.

L'ensemble de ces mécanismes posent problèmes aux personnes trans* tant dans le remboursement de leurs soins trans-spécifiques que dans la prise en charge de leurs soins de santé à long terme. Dans le cadre de leur transition, leur choix d'autodétermination à l'état civil peut devenir un véritable problème lorsque, sans vérification préalable et étendue du dossier, les filtres des assurances deviennent des freins automatiques au remboursement de leurs soins. De plus, ce problème continuera de se manifester lorsque des maladies considérées comme sexo-spécifiques se déclareront chez la personne trans* ayant un sexe civil en opposition à la spécificité biologique de cette maladie. Le sexe civil peut, à ce jour, révéler plusieurs réalités et dans le futur en exprimer une palette potentiellement plus étendue. Il n'est donc pas, via son numéro d'ordre au sein du numéro de Registre national, le bon outil afin de comprendre et répondre aux besoins médicaux d'une personne trans*.

Afin de prendre en considération la recommandation formulée par l'IEFH d'avoir des remboursements de soins de santé mieux organisés et plus transparents, il nous semble que, d'une part, le numéro de registre national devrait être dégenré, et que, d'autre part, l'INAMI devrait mettre en place une réelle nomenclature trans-spécifique. De plus, afin d'avoir accès à l'historique médical complet du patient, le dossier médical de celui-ci pourrait contenir tant la mention du sexe biologique – entendu comme catégorie de reproduction¹⁴² – que l'identité de genre de la personne, même si un risque de stigmatisation n'est pas absent de cette solution¹⁴³.

¹⁴² S. DAHLEN, *op. cit.*, pp. 38-52.

¹⁴³ *Ibid.*, pp. 46 et 50.

Conclusion

Les principes d'autodétermination civile et corporelle portés par les droits humains se retrouvent tant à l'échelle internationale que nationale. En effet, les Principes 13, 17, 18 et 32 de Yogyakarta trouvent leur expression également au sein de notre législation relative au droit à la santé. Le droit à des prestations de qualités répondant aux besoins du patient dans le respect de son autonomie, de sa dignité et de son consentement libre et éclairé, constitue le fondement de la pratique médicale des soins de santé¹⁴⁴. Celui-ci est renforcé par les principes généraux d'égalité, de non-discrimination et de respect de la dignité humaine inscrits au sein de nos libertés fondamentales constitutionnelles¹⁴⁵. Cependant, les personnes trans* souffrent de schémas de discriminations dans l'accès et l'offre de soins et peuvent en résulter une renonciation aux soins de santé. De plus, le débat entourant la dépathologisation du parcours trans* et la place du diagnostic au sein de ce parcours sont de nature à rendre les pratiques médicales très inéquitables. Les modèles du « psycho-diagnostic » et de l'« auto-diagnostic confirmé » se côtoient au sein de la pratique médicale avec une influence très importante sur la manière dont les personnes trans* vivent et envisagent leur parcours transitionnel tant en terme de prise en charge médicale que de prise en charge financière. L'angle de recherche choisi au sein de cette étude passe sous silence la question de la santé mentale des personnes trans*. Elle reste cependant un enjeu important dans la manière d'envisager la prise en charge médicale des personnes trans*.

L'ensemble des témoins (Entretiens n^{os} 1 à 6) ainsi que plusieurs auteurs¹⁴⁶ s'accordent sur l'importance à donner à l'éducation et à la formation des acteurs médicaux et sociaux afin de

¹⁴⁴ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, p. 43719, art. 5, 7 et 8 ; Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé précitée, art. 14.

¹⁴⁵ Constitution coordonnée du 17 février 1994, *M.B.*, 17 février 1994, articles 10, 11 et 23.

¹⁴⁶ S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 900, 902-904 ; M. ROMANELLI and M. LINDSEY, *op. cit.*, p. 129 ; J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, *op. cit.*, p. 166 ; N. SHERRIFF, L. ZEEMAN, N. MCGLYNN et al, *op. cit.*, pp. 694-695, 697.

résoudre ces problèmes. En effet, identifier et adresser les besoins spécifiques des personnes trans* ainsi que développer des soins de santé trans-inclusifs commencent par la formation des professionnels de la santé¹⁴⁷. Pour ce faire, il est nécessaire de travailler en collaboration avec les professionnels de la santé, les chercheurs, les juristes et les personnes trans* afin de mutualiser les savoirs et de développer un système qui reflète mieux les besoins de toutes les personnes concernées¹⁴⁸. L'accent doit être mis sur le respect de la dignité, de l'autonomie et de l'agentivité (*agency*) des personnes trans* en collaboration avec les pourvoyeurs de soins de santé¹⁴⁹. Il est également indispensable que l'État se positionne sur la place à accorder au « psycho-diagnostic » dans l'accès et l'offre de soins mais également sur le rôle que celui-ci joue dans la prise en charge financière et le remboursement des soins de santé. Nous pensons que le « dégenrage » du numéro de Registre national est une étape indispensable afin de garantir un droit à la santé équitable pour toutes les personnes.

La majorité de nos témoins nous ont également fait prendre conscience de l'importance du soutien familial et/ou associatif dans le parcours de transition (Entretiens n^{os} 1, 2, 3, 5, 6)¹⁵⁰.

¹⁴⁷ S.K. KATTARI, B. ATTEBERRY-ASH, M.K. KINNEY, N.E. WALLS and L. KATTARI, *op. cit.*, p. 904.

¹⁴⁸ N. SHERRIFF, L. ZEEMAN, N. MCGLYNN et al, *op. cit.*, pp. 689-690.

¹⁴⁹ P. WAGNER, A. KUNKEL, M.B. ASBURY and F. SOTO, *op. cit.*, p. 66.

¹⁵⁰ Extraits : « Alors moi, je pars du principe que la personne qui va franchir la porte et veut me rencontrer pour une question de transidentité, moi je vais lui donner les infos, je vais l'accompagner, je vais l'aider, ... mais en aucun cas, je vais imposer quoi que ce soit. Moi je pars du principe que chacun et chacune doit trouver son coin de confort, que je ne suis pas dans le jugement, ... Que malgré que j'aie fait un parcours hormonal, médical, etc., ça c'est propre à moi. La personne qui est devant moi, moi je lui donne les infos et après, c'est il ou elle qui décide ce qui est bien pour sa personne. J'essaie toujours de l'entourer de professionnels bienveillants pour pouvoir l'aiguiller. » - Entretien n° 3 ; « L'avantage de venir en Maison Arc-en-ciel, c'est qu'on peut juste venir déposer les choses. Et je remarque que dans la majorité des cas, oui, on me demande des contacts de professionnels mais les gens arrivent déjà avec une idée de vers qui ils vont se tourner et c'est plutôt : « ben en fait c'est la première fois que j'en parle, ou j'ai des inquiétudes par rapport à ma famille, ou comment cela va se passer avec mon copain ou ma copine », enfin des choses comme ça. Du coup, on prend surtout le temps d'en discuter, et j'ai tendance à penser que des entretiens que je peux avoir, c'est plus une parenthèse, un moment donné où on se pose. » - Entretien n° 5 ; « Je pense que je serais incapable de faire tout cela toute seule. La MAC m'aide beaucoup, les amis m'aident beaucoup. Je n'ai aucun ami, aucune personne en dehors de mes parents qui

L'IEFH, dans sa dernière étude, estime également que l'assistance familiale est essentielle¹⁵¹. La création d'un réseau d'entraide au sein du monde associatif est considérée comme très importante lorsqu'elle est perçue comme une alternative à l'inefficacité du système médical et législatif actuellement en place. Le développement de l'entraide associative contrebalance alors un modèle de soins considéré comme obsolète et transphobe.

A l'heure où l'acceptation de la mention du sexe à l'état civil est en pleine réévaluation, il est important d'ouvrir notre regard sur la diversité des identités de genre. Il est intéressant de voir que l'auto-identification des personnes trans* au sein des témoignages est clivée entre les hommes se revendiquant « homme trans* » et les femmes insistant sur le fait d'être « femme » (Entretiens n^{os} 1 à 6)¹⁵². Cette différence peut trouver sa source dans la manière dont la société conçoit l'égalité homme-femme et les luttes féministes. La peur des stigmatisations peut également être un motif justifiant l'affirmation d'une appartenance à une catégorisation binaire de genre. Ce constat nous invite à considérer la nécessité d'une société plus inclusive et ouverte à la diversité des identités de genre.

a été dérangée par ma transition. Au contraire, tout le monde s'en est ravi à l'exception de mes parents. [...] Le soutien, ça m'aide beaucoup et la Maison Arc-en-ciel (MAC) m'a beaucoup aidé, d'autre part avec XXX à qui je donne régulièrement des nouvelles par mail et elle m'a apporté beaucoup d'aide lorsque j'étais partie de chez moi et que je comptais refaire ma vie. Je l'ai mise au courant de la nouvelle situation et si j'ai de nouveau besoin d'aide, je me tournerais à nouveau vers la MAC sans problème. » - Entretien n° 6.

¹⁵¹ J. MOTMANS, E. WYVERKENS et J. DEFREYNE, *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, op. cit., p. 93.

¹⁵² Ce constat est également rejoint par une étude italienne sur le sujet. Voy. : R. VITELLI, C. SCANDURRA et al., « Identification de genre trans et pratiques médicales en Italie : positionnement personnel envers les formes de chirurgie de confirmation de genre », *Sexologies*, n°26, 2017, p. 202.

Cadastre des entretiens

I. L'entretien n° 1 : S. – Homme trans*

Autodétermination : jeune homme trans*

Age : 17 ans

Profession : étudiant entrant dans le supérieur

Situation familiale : célibataire

Situation formelle au sein d'un éventuel parcours transitoire : début de transition

II. L'entretien n° 2 : L. – Femme

Autodétermination : Femme

Age : 72 ans

Profession : Retraitée

Situation familiale : Mariée, 2 enfants et 5 petits-enfants

Situation formelle au sein d'un éventuel parcours transitoire : transition terminée

III. L'entretien n° 3 : N. – Homme trans*

Autodétermination : Homme transgenre (il)

Age : 46 ans

Profession(s) :

- Gestionnaire d'un site belge de vente d'accessoires et dispositifs pour les hommes transgenres. Responsable d'une association belge venant en aide aux hommes trans*
- Collaborateur avec des associations françaises qui travaillent avec des femmes transgenres sud-américaines arrivant en Belgique et en France et qui deviennent travailleuses du sexe ;
- Consultant pour des intervenants politiques dans le but de conseiller sur des questions de santé liées aux personnes transgenres, la nouvelle loi de 2017 ainsi que ses enjeux et difficultés ;
- Consultant pour des médecins, des psychiatres, des psychologues, ... pour faciliter les démarches d'interventions de transition, les démarches de remboursements, etc. ;

Situation familiale : En couple avec une femme depuis 26 ans, père d'un adolescent de 16 ans.

Situation formelle au sein d'un éventuel parcours transitoire : fin de transition

IV. L'entretien n° 4 : O.G. – Femme

Autodétermination : Femme

Age : 31 ans

Profession : sans emploi

Situation familiale : célibataire

Situation formelle au sein d'un éventuel parcours transitoire : fin de parcours transitionnel

V. L'entretien n° 5 : C. – Homme trans*

Autodétermination : Homme transgenre Age : 26 ans

Profession : assistant social Situation familiale : célibataire

Situation formelle au sein d'un éventuel parcours transitoire : entre le milieu et la fin du parcours transitionnel

VI. L'entretien n° 6 : O.F. – Femme trans*

Autodétermination : Femme – femme trans* Age : 21 ans

Profession : Chercheuse d'emploi Situation familiale : en couple – parents mariés et deux frères

Situation formelle au sein d'un éventuel parcours transitoire : Début de transition

Bibliographie

I. Législation

A. Législation internationale

- Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, signé à Paris le 20 mars 1952, approuvé par la loi du 13 mai 1955, article 8.

B. Instruments de *soft law*

- Déclaration de Genève adoptée par la 2e Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale Genève (Suisse), Association Médicale Mondiale, septembre 1948, mise à jour en octobre 2017.
- Principes de Jogjakarta : principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre, élaboré à Jogjakarta (Indonésie) du 6 au 9 novembre 2006.
- Prise de position de l'AMM sur les personnes transsexuelles adoptée par la 66ème Assemblée Générale de l'AMM, Association Médicale Mondiale, Moscou, Russie, octobre 2015.
- Recommandation 1117(1989) du 29 septembre 1989 relative à la condition des transsexuels, Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, 1989.
- Recommandation CM/Rec(2010)5 du 31 mars 2010 sur les mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, Conseil de l'Europe, Comité des ministres, 2010.
- Résolution 1728 (2010) du 19 avril 2010 : Discrimination sur base de l'orientation sexuelle et l'identité de genre, Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, 2010.
- Résolution 2048 (2015) du 22 avril 2015 : La discrimination des personnes transgenres en Europe, Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, 2015.
- Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, The World Professional Association for Transgender Health, 7th ed., July 2012.
- The Yogyakarta Principles plus 10: the additional principles and state obligations on the application of International Human Rights Law in relation to sexual orientation,

gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta principles, adopted in Geneva on 10 November 2017.

C. Législation nationale

- Constitution coordonnée du 17 février 1994, *M.B.*, 17 février 1994.
- Loi du 4 février 2020 modifiant la loi du 10 mai 2007 modifiant, en ce qui concerne l'interdiction de discrimination relative à la paternité ou à la comaternité, la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, *M.B.*, 28 février 2020, p. 11844.
- Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.*, 14 mai 2019, p. 46372.
- Loi du 25 juin 2017 réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets, *M.B.*, 10 juillet 2017, p. 71465.
- Loi du 10 mai 2007 relative à la transsexualité, *M.B.*, 11 juillet 2007, p. 37823.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

D. Travaux parlementaires

- Proposition de loi modifiant, en ce qui concerne l'interdiction de discrimination relative à la paternité ou à la comaternité, la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ext., 2019, n° 55- 165/1.

II. Jurisprudence

A. Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme

- Cour eur. D.H., arrêt *A.P., Garçon et Nicot c. France* du 6 avril 2017, req. nos 79885/12, 52471/13 et 52596/13.
- Cour eur. D.H., arrêt *S.V. c. Italie* du 11 octobre 2018, req. n° 55216/08.
- Cour eur. D.H., arrêt *Y.Y. c. Turquie* du 10 mars 2015, req. n° 14793/08.
- Cour eur. D.H., arrêt *Hämäläinen c. Finlande* du 16 juillet 2014, req. n° 37359/09.
- Cour eur. D. H., arrêt *P.V. c. Espagne* du 30 novembre 2010, req. n° 35159/09.

- Cour eur. D.H., arrêt *Schlumpf c. Suisse* du 8 janvier 2009, req. n° 29002/06.
- Cour eur. D.H., arrêt *Goodwin c. Royaume-Uni* du 11 juillet 2002, req. n° 28957/95.
- Cour eur. D.H., arrêt *I c. Royaume-Uni* du 11 juillet 2002, req. n° 25680/94.

B. Jurisprudence nationale belge

- Const., 19 juin 2019, n° 99/2019, <https://www.const-court.be/public/f/2019/2019-099f.pdf> (dernière consultation : 20 juin 2020)

III. Doctrine

A. Monographies et ouvrages collectifs

- ALESSANDRIN, A., *Sociologie des transidentités*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2018.
- BENJAMIN, H., *The transsexual phenomenon*, Dusseldorf, Symposium Publishing, 1999.
- CANNOOT, P., *The Right to Personal Autonomy Regarding Sex (Characteristics), Gender (Identity and/or Expression) and Sexual Orientation: Towards an Inclusive Legal System*, Ghent, Ghent University, Faculty of Law and Criminology, 2019.
- DE PAGE, H., *Traité élémentaire de droit civil belge*, T.I, Livre II, 3e ed., Bruxelles, Bruylant, 1962.
- MOTMANS J., WYVERKENS E. et DEFREYNE J., *Etre une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard*, Bruxelles, Institut pour l'Egalité des femmes et des Hommes, 2017.
- MOTMANS, J., DE BIOLLEY, I. et DEBUNNE, S., *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, Bruxelles, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2009.
- PEYRE, E. et WIELS, J. (Dir.), *Mon corps a-t-il un sexe ?*, Paris, La Découverte, 2015.
- SCHERPE, J. (Dir.), *The legal status of transsexual and transgender persons*, Cambridge, Intersentia, 2015.
- STOLLER, R. J., *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*, France, Gallimard, 1978.
- STOLLER, R. J., *Sex and gender. The transsexual experiment*, vol. II, New York, Jason Aronson, 1975.

B. Contribution à un ouvrage collectif

- ALESSANDRIN, A., « Comprendre les transidentités » in FONDATION COPERNIC (Dir.), *Manuel indocile de sciences sociales. Pour des savoirs résistants*, Hors collection Sciences Humaines, Paris, La Découverte, 2019, pp. 810-820.

C. Articles de périodiques

- BRIBOSIA, E., GALLUS, N. et RORIVE, I., « Une nouvelle loi pour les personnes transgenres en Belgique », *J.T.*, n°6724, 2018, pp. 261-266.
- CAP, S. et WILLEMS, G., « La banque de données, le (pré)nom et les personnes transgenres : les réformes de l'état civil entre simplification administrative, évolutions sociétales et droits fondamentaux » in *Actualités législatives en droit de la personne et de la famille*, Coll. Les Cahiers du CeFap, Bruxelles, Larcier, 2018, pp. 7-51.
- COFFIN, J-C., « Le genre, une notion prise au sérieux dans les années 1960. Autour du psychiatre et psychanalyste Robert Stoller », *Sociétés et représentations*, n° 43, 2017/1, pp. 43-63.
- DAHLEN, S., "De-sexing the Medical Record? An Examination of Sex Versus Gender Identity in the General Medical Council's Trans Healthcare Ethical Advice", *The NewBioethics*, n°26/1, 2020, pp. 38-52.
- DE CUYPERE, G., VAN HEMELRIJCK, M., MICHEL, A. and al., "Prevalence and demography of transsexualism in Belgium", *European Psychiatry*, N° 22/3, 2007, pp. 137-141.
- GENICOT, G., « Vulnérabilité et intégrité physique en droit belge. Entre protection renforcée et autonomie encadrée », *Rev. Dr. ULiège*, 2019/1, pp. 111-147.
- GIANI, A. et NAYAK, L., « Controverses dans les prises en charge des situations trans : une ethnographie des conférences médico-scientifiques », *Sciences sociales et santé*, vol. 37, 2019/3, pp. 39-64.
- HERPOLSHEIMER, A., "A Third Option: Identity Documents, Gender Non-Conformity, and the Law", *Women's Rights Law Reporter*, Vol. 39/1, Fall 2017, pp. 46-84.
- HIRÁLIO, A.P., "Rethinking trans identities within the medical and psychological community: a path towards the depathologization and self-definition of gender identity in Portugal?", *Journal of Gender Studies*, n°29/3, 2020, pp. 245-256.

- KATTARI, S.K., ATTEBERRY-ASH, B., KINNEY, M.K., WALLS, N.E. and KATTARI, L., “One size does not fit all: differential transgender health experiences”, *Social Work in Health Care*, Vol. 58, n° 9, 2019, pp. 899-917
- LAMM, E. M., “Bye, Bye, Binary: Updating Birth Certificates to Transcend the Binary of Sex”, *Tulane Journal of Law and Sexuality: A Review of Sexual Orientation and Gender Identity in the Law*, n°28, 2019, pp. 1-24.
- MONEY, J., “Gender role, gender identity, core gender identity: usage and definition of terms”, *J. Amer. Acad. Psychoanalysis*, n° 1(4), 1973, pp. 397-403.
- RENCHON, J-L., « Le droit belge de la personne et de la famille : de l’indisponibilité à l’autodétermination », *European Review of Private Law*, n° 3, 2007, pp. 349-418.
- ROMANELLI, M. and LINDSEY, M., “Patterns of Healthcare Discrimination Among Transgender Help-Seekers”, *American Journal of Preventive Medicine*, n° 58(4), 2020, pp. 123-141.
- SCHWEND, A.S., “Trans health care from a depathologization and human rights perspective”, *Public Health Reviews*, n°41/3, 2020, pp. 1-17.
- SHERRIFF, N., ZEEMAN, L., MCGLYNN, N., et al, “Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health-care inequalities via rapid reviews of grey literature in 27 EU Member States”, *Health Expectations*, n°22, 2019, pp. 688–700
- VITELLI, R., SCANDURRA, C. et al., « Identification de genre trans et pratiques médicales en Italie : positionnement personnel envers les formes de chirurgie de confirmation de genre », *Sexologies*, n°26, 2017, pp. 199-204
- WAGNER, P., KUNKEL, A., ASBURY, M.B. and SOTO, F., “Health (Trans)gressions: Identity and stigma management in Trans* Healthcare support seeking”, *Women & Language*, Vol. 39.1, 2016, pp. 49-74.
- WILLEMS, G., « Le droit belge du sexe et du genre à la croisée des chemins : vers une pleine consécration de l'autodétermination corporelle et civile des personnes transgenres et intersexes ? », *R.J.P.F.*, 2019/11, pp. 35-40.

D. Littérature grise

- BALLARD, J., *Transcare*, Zine, traduit de l’anglais par TRNSlation, 2012.
- FLYINGOTTER, *The transgender Herb Garden*, Zine, 2009.

- GENRES PLURIELS, *Charte du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge*, publié le 19 août 2019, disponible sur : <https://www.genrespluriels.be/Environ-5-de-la-population-belge-et?lang=fr>
- INTERNATIONAL LESBIAN, GAY, BISEXUAL, TRANS AND INTERSEX ASSOCIATION and CHIAM, Z., DUFFY, S., and GONZÁLEZ GIL, M., *Trans Legal Mapping Report 2017: Recognition before the law*, Geneva, ILGA World, 2017.
- LES CHEFF, *Guide des jeunes LGBTQIA+*, disponible sur : <https://www.lescheff.be>
- SHINSEKAI, *Autobiographie d'un corps trans*, Zine, janvier 2018, disponible sur : <https://www.infokiosques.net>

E. Divers

- Déclaration du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe du 27 mai 2019, Strasbourg, disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/commissioner/-/icd11-is-a-stride-toward-depathologisation-of-trans-people-but-more-is-needed>
- Convention n° 7762 avec les centres d'accompagnement de la transidentité du 3 septembre 2018, INAMI, disponible sur : https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/liste_centre_reeducation_conventionne_7762_fr.pdf
- Description du fichier du Registre national des personnes physiques, Chapitre IV. Le registre national des personnes physiques, mis à jour le 28 août 2014, disponible sur : <https://www.ibz.rn.fgov.be/fr/>

Résumé du mémoire

Ce mémoire-stage a pour objectif de confronter la pratique médicale de prise en charge des personnes trans* ainsi que les règles de droit en vigueur dans le domaine de la santé, à la réalité vécue par les personnes trans* et leurs attentes dans cette matière. A cette fin, un stage au sein de la Fédération Arc-en-ciel Wallonie fut réalisé. Au cours de celui-ci, nous avons pu effectuer des entretiens qualitatifs avec des personnes concernées et les interroger sur trois sujets distincts : la prise en charge médicale de première ligne, la prise en charge opératoire et post-opératoire ainsi que la prise en charge financière des soins de santé. Nous avons pu mettre en lumière des discriminations dans l'accès et l'offre de santé ainsi que des problèmes liés à la manière d'aborder le diagnostic des personnes trans* au sein de leur parcours transitoire et l'impact que celui-ci peut avoir sur le remboursement des soins de santé. Ces éléments nous ont permis de répondre à la question de recherche suivante : « l'état de l'art juridique et médical actuellement applicable en Belgique permet-il de rencontrer les besoins pratiques et attentes des personnes trans* dans le domaine du droit à la santé ? Si cette question appelle une réponse négative ou partiellement négative, quelles pistes de réflexion seraient de nature à nourrir le débat ? ».

Transgenre - Identité de genre – santé - autodétermination – pathologisation – droit