

Haute Ecole Francisco Ferrer

Département paramédical

Place Van Gehuchten, 4

1020 BRUXELLES

T. +32 2 474 56 00

heff.paramedica@he-ferrer.eu

Les besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité.

PETIT—ERSKINE Kiara

Année académique 2021-2022

Travail de fin d'études
présenté pour l'obtention du diplôme de

Bachelier Sage-Femme

Remerciements

Je tiens à remercier l'ASBL Genres Pluriels tout d'abord pour leur travail colossal afin d'aider de nombreuses personnes aux situations très variées en Belgique qui ne trouvent pas de soutien adapté ailleurs. De plus, dans un contexte de sous-effectif et de sollicitations exponentielles, son équipe a trouvé le temps de m'aider dans ce travail notamment Aurore Dufrasne, psychologue, psychothérapeute, sexologue, formatrice et Coordinatrice du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge qui a accepté d'être ma promotrice externe. De part son expertise professionnelle riche de plusieurs années de pratique, en m'invitant à des groupes de travail, des formations, en me transmettant de la documentation et en me mettant en contact avec des personnes concernées par mon sujet, elle a énormément enrichi mon travail. Je tiens également à remercier mes promoteur.trice.s internes, Halatan Jérôme et Boutin Anaïs pour l'intérêt qu'ils ont porté pour mon travail. Halatan Jérôme a su me guider en me recentrant quand je déviais de mon sujet et en me poussant continuellement à la réflexion. Je suis aussi reconnaissante pour le travail d'Anaïs Boutin qui a consacré du temps à m'aider, me conseiller même si elle n'a pas pu le faire jusqu'à la fin. Finalement, je tiens à remercier chaleureusement ma famille et mes ami.e.s, pour leur patience, soutien, conseils et relectures.

Avant-Propos :

Je me suis concentrée sur les besoins des hommes transgenres en périnatalité dans ce travail afin de me centrer sur un sujet et pouvoir rendre un travail au plus clair et précis dans les limites de pagination qui m'étaient imposées bien que j'ai conscience que la périnatalité concerne également d'autres personnes transgenres. De part ce choix quand j'énonce une information qui concerne les hommes transgenres, je me suis permise de ne pas utiliser l'écriture inclusive et d'accorder adéquatement l'adjectif « enceint ». Pour le reste des informations, j'ai utilisé l'écriture inclusive, « iel » correspondant au pronom adéquat relatif aux personnes non-binaires. Je tiens à préciser que conformément aux consignes qu'étaient les miennes pour ce travail, il s'agit principalement d'une revue de la littérature suivie de la planification d'une enquête, la réalisation de l'étude n'étant pas demandée.

Table des matières

Abréviations et acronymes	1
Terminologies et Glossaire.....	1
Introduction.....	2
Motivations pour le sujet	5
Question de recherche.....	7
Objectifs et finalité	7
I. Définitions	8
II. Contextualisation	14
1. Prévalence	14
2. Transphobie et évolutions	15
2.1 Transphobie	15
2.2. Evolution de la législation belge	17
2.3. Etat des lieux dans les pays Européens.....	21
2. 4 Accès aux soins de santé	23
2.4.1 Généraux	23
2.4.2. Reproductifs	30
III. Besoins spécifiques en périnatalité	37
1. En période prénatale.....	37
1.2. Besoin d'affirmation de l'identité de genre et de l'état de grossesse	37
1.2. Besoin de recherche sur les effets de la prise de testostérone pendant la grossesse	39
2. Liés à l'accouchement.....	41
2.1 Besoin de contrôle / choix vis-à-vis de l'organisation de l'accouchement.....	41
3. Besoins spécifiques liés à la période post-natale.....	45
3.1. Besoin d'information éclairée sur les effets à court et à long terme de la testostérone sur l'allaitement.....	45
3.2. Besoin de conseils pour l'allaitement suite à une torsoplastie	47
4. Besoins transversaux.....	49

4.1. Besoin de reconnaître les expériences de périnatalité des hommes transgenres dans les établissements d'obstétriques et les institutions	49
4.2. Besoin de formation aux transidentités pour les professionnel.les de la périnatalité	52
4.3. Besoin de pouvoir identifier à l'avance un.e prestataire de soin avec lequel/laquelle ils pourraient avoir une expérience périnatale positive	57
4.4. Besoin de soutien social.....	59
4.5. Besoin de modèle	60
4.6. Besoin d'informations éclairées concernant les effets de la testostérone sur la santé mentale en lien avec la dépression du post-partum.....	61
4.7. Besoin d'information sur les stratégies de dissimulation de l'augmentation mammaire.....	63
Hypothèses	65
Méthodologie de la recherche	66
Planification souhaitée pour une étude sur le terrain	67
A) Population de l'étude.....	67
B) Détermination de l'échantillon.....	68
C) Outil d'enquête.....	69
D) Organisation des entretiens	70
E) Durée de l'étude.....	71
F) Analyse des résultats	71
G) Biais et limites potentielles	72
Critique du travail et pistes d'amélioration	72
Conclusion	74

Abréviations et acronymes :

- ASBL : Association Sans But Lucratif.
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.
- FRA : European Union Agency for Fundamental Rights.
- HAS : Haute Autorité de Santé.
- IEFH : Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes.
- INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité.
- KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- ONU : Organisation des Nations Unies.
- PMA : Procréation Médicalement Assistée.
- TFE : Travail de Fin d'Étude.
- TGEU : TransGender EUrope.
- UE : Union Européenne.

Terminologies et Glossaire

Transidentité : « Terme générique utilisé pour décrire toute identité de genre autre que cisgenre, c'est-à-dire qui ne correspond pas à celle (femme/homme) assignée à la naissance » (Dufrasne et al., 2018, p.10).

Transspécifique : « Qui est spécifique à la transidentité. » (Dufrasne et al., 2018).

Introduction

Alors que la « dernière décennie a été témoin de développements significatifs [...] dans la compréhension des violations des droits humains subies par les personnes « d'orientations sexuelles et d'identités de genre diverses » (Yogyakarta Principles, s.d.), le gouvernement français a récemment (4 juin 2021) rejeté un amendement proposé comme ajout au projet de la loi bioéthique qui aurait permis « aux hommes transgenres de recourir à l'accès à la procréation médicalement assistée » (Annexe I). Lors d'un stage en PMA à Bruxelles, je me suis entretenue avec l'équipe à ce sujet, qui m'a informée qu'elle recevait de plus en plus de demandes de couples aux identités de genre variées. Cependant, le peu d'études et de témoignages d'expérience sur le sujet étaient des freins pour les comités d'éthique des centres de PMA. Anna, femme transgenre, au cours d'une interview, raconte son combat avec les comités d'éthique de PMA, en France, pour concevoir avec sa compagne son second enfant après avoir révélé sa transidentité¹. Elle raconte notamment qu'elle a “parlé à des personnes de la PMA de [sa] transidentité, sans savoir que ça allait tout bloquer, alors qu'[elles] avaient encore un embryon qu'[elles] allaient replacer le mois suivant” (Korbini, 2022). En Belgique, deux importantes études ont été menées par l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes sur les conditions de vie des personnes transgenres dans le pays. La seconde date de 2017 et est intitulée “Etre une personne transgenre en Belgique, dix ans plus tard”, c'est dans celle-ci que sont abordées les expériences « concernant la perte de fertilité, le besoin d'informations sur les traitements relatifs à la fertilité, les obstacles dans la concrétisation du désir d'enfant » (Montmans et al., 2017, p. 18). En effet, on ne les retrouve pas dans la première étude menée 10 ans plus tôt car il s'agissait « de sujets encore très tabous et les possibilités médicales n'étaient pas encore aussi avancées qu'aujourd'hui » (Montmans et al., 2017, p. 18). Or, il existe une demande croissante d'informations sur ces sujets de la part des personnes transgenres lors de leur recherche de soins (Montmans et al., 2017, p. 18).

¹ lien vers l'interview : [“Ce n'est pas du tout la PMA pour toutes” : Anna, femme transgenre, nous parle de transidentité et PMA \(korbini.com\)](#)

En effet, de nombreux reportages, documentaires, partage de vidéos sur les médias sociaux suggèrent que le nombre de personnes transgenres qui recherchent des services de planification familiale, de fertilité et de grossesse pourrait certainement être assez important. (Obedin-Maliver et Makadon, 2016). D'après cette même étude, 28,4 % des hommes transgenres ont répondu vouloir des enfants dans le futur (Motmans et al., 2017, p.66). En sachant qu'en Belgique, 30,5% des hommes transgenres ont entrepris une chirurgie génitale ou souhaitent le faire (Motmans et al., 2017, p.64) et que selon celle entreprise, il existe des possibilités de contribuer génétiquement à un enfant ou de porter une grossesse, comme nous le verrons plus tard (Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

Cependant les problématiques que rencontrent les hommes transgenres en périnatalité sont encore largement méconnues et non reprises dans cette étude. La plupart des articles à ce sujet sont américains, on retrouve notamment dans l'un d'eux, le témoignage suivant :

J'ai eu une plaie au doigt qui n'a pas cicatrisé pendant 6 mois, alors que j'allaitais... Au premier médecin, j'ai dit que j'étais trans, que j'allaitais, et que je ne pouvais prendre aucun médicament qui pourrait nuire à l'enfant. Puis il m'a posé des questions bizarres qui n'avaient rien à voir avec la blessure, mais avec le fait que je sois trans et que j'allaitais un bébé. Je suis donc allé voir un autre médecin. Je ne lui ai pas dit que j'étais trans, donc je ne lui ai pas dit que j'allaitais. On m'a donné des médicaments qui, de toute évidence, passent dans le lait et seraient nocifs pour le bébé. J'ai donc essayé de prendre ces médicaments. Le bébé est tombé malade. J'ai arrêté de prendre les médicaments et j'ai décidé d'aller voir un troisième médecin... [En tout,] je suis allé voir cinq [médecins] différents. C'est pour cela que je ne vais presque plus jamais chez le médecin maintenant (Hoffkling et al., 2017, p.12)

J'ai donc choisi d'aborder la problématique des besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité afin de regrouper et traduire en français les travaux déjà effectués à ce sujet et de déterminer si les résultats de ces travaux concordent avec le vécu des hommes transgenres ayant effectué leur parcours périnatal en Belgique puisque pour commencer, les systèmes de santé ne sont pas les mêmes.

Pour traiter ce sujet j'ai organisé mon TFE en 3 parties, la première abordera les définitions associées aux transidentités, la seconde contextualisera la situation des personnes transgenres dans le monde, en Europe et plus particulièrement en Belgique et la troisième s'attachera aux besoins spécifiques des hommes transgenres durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ainsi que ceux transversaux à ces 3 périodes.

Motivations pour le sujet

J'ai choisi de m'intéresser au sujet des besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité car j'ai eu l'opportunité en deuxième année de bachelier d'être sensibilisée aux transidentités et intersexuations par une psychologue travaillant au sein de l'ASBL Genres Pluriels, dans le cadre de la semaine de formation à l'EVRAS (Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle) organisée par l'ASBL O'YES. Cette intervention m'a particulièrement intéressée car je n'avais pas été sensibilisée à ces sujets auparavant, mis à part sur les réseaux sociaux. Cette sensibilisation m'a ouvert les yeux sur d'autres réalités et m'a permis de comprendre des notions qui me paraissaient jusque-là floues, intangibles notamment sur les différences entre sexes, identités de genre et expressions de genre. Il m'a semblé dès lors essentiel que d'autres personnes soient sensibilisées à ces sujets, plus particulièrement les professionnel.le.s de la santé. Cet élan a été davantage motivé lors de notre cours de droit dispensé en troisième année de bachelier. En effet, au cours de celui-ci j'ai été interpellée par différentes législations belges relatives aux droits des personnes transgenres (que je détaillerai au cours de ce travail).

Suite à ces interpellations, j'ai décidé de choisir un sujet qui permettrait de proposer des éclairages afin d'accueillir et d'accompagner les personnes transgenres de façon adéquate au sein de la pratique sage-femme.

Au cours de mes recherches j'ai notamment écouté le podcast intitulé "enceint" de l'émission "Les pieds sur Terre" réalisée par France culture. Il laisse la parole à Ali dont le parcours - d'homme transgenre enceint ayant changé d'état civil et ayant été reconnu comme parent à la naissance de son enfant en France - a aussi été médiatisé par le biais d'une interview réalisée par konbini ². Au cours de ce podcast, François témoigne également de son vécu en tant que compagnon et parent, et Céline en tant que sage-femme du couple qui a suivi la grossesse (Gross, 2021, paragr. 2 &10).

² [\(2\) Watch | Facebook](#)

Au cours de son témoignage, Ali explique de façon très concrète et humoristique à quel point sa situation d'homme enceint était inconcevable pour de nombreuses personnes, il raconte notamment qu'« une de ses voisines de l'immeuble [...] lui] proposait de [l]l'aider avec [s]es problèmes de digestion » après avoir observé que son ventre avait vraiment gonflé (Ali, 2021,13:45). Le témoignage de Céline, qui n'avait jamais accompagné d'homme transgenre enceint auparavant, m'a donné envie de me renseigner davantage sur les façons dont les sage-femmes pouvaient faciliter l'expérience de la périnatalité pour ces hommes. En Belgique, les psychologues de l'ABSL Genres Pluriels accompagnent ces grossesses en constituant pour chaque situation une équipe de suivi conjoint pluridisciplinaire comprenant un·e médecin généraliste, un·e obstétricien·ne, un·e maïeuticienne et un·e doula, si possible formé·e·s par l'association à l'accompagnement approprié des personnes transgenres et de leur entourage. Dans le cadre de ses activités de sensibilisation aux transidentités et intersexuations, Genres Pluriels organise en effet une formation pour les professionnel.le.s à laquelle j'ai participé afin de m'aider dans mes recherches. A l'occasion de cette formation j'ai pu me rendre compte de la multiplicité des obstacles auxquels font face les personnes transgenres, dans leur quotidien et plus particulièrement dans leur recherche de soins adéquats. Face à ceux-ci nous avons été invité.e.s à trouver ensemble - avec les divers professionnel.le.s présent.e.s à cette formation - des solutions pour faciliter leur accès aux soins. De nombreuses solutions simples, efficaces et surtout à la portée de tout.e professionnel.le ont été discutées en groupe et il m'a semblé d'autant plus essentiel de pallier au manque de formation des professionnel.le.s en effectuant un travail sur ce sujet.

Ma démarche a été de rechercher dans la littérature scientifique, des témoignages complémentaires de celui d'Ali, afin de mieux comprendre et d'approfondir les besoins réels de ces personnes. En fonction de ceux-ci, je souhaite proposer des pistes d'amélioration de nos pratiques sages-femmes en périnatalité.

Question de recherche

Quels sont les besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité ?

Objectifs et finalité

Ce travail aura pour objectifs de sensibiliser les sages-femmes et étudiant·e·s sages-femmes aux transidentités en exposant les diverses définitions qui y sont associées, la prévalence de la population concernée, ses conditions de vie, en présentant le cadre législatif relatif à sa situation ainsi que l'accès aux soins qui lui est réservé, notamment en Belgique. A partir de ces éléments et de la mise en évidence des expériences des hommes transgenres lors de la période périnatale, en particulier leur vécu, de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, la finalité de ce travail est de mieux comprendre leurs besoins spécifiques au cours de cette période afin de sensibiliser et orienter les sage-femmes et étudiant·e·s sage-femmes dans leurs pratiques.

I. Définitions

Pour commencer et afin de comprendre la problématique posée, il est essentiel de définir certaines notions.

Il est tout d'abord essentiel de clarifier les notions de sexes et de genres. En effet, il persiste dans les mentalités et les discours, l'idée reçue que ces notions sont interchangeables (Dufrasne et al., 2018, p.8).

Or, le sexe (mâle / femelle / intersex³) est un « ensemble de caractéristiques biologiques [...] utilisées pour scinder certaines espèces animales, dont les êtres humains, en deux catégories : les mâles et les femelles » (Dufrasne et Vico, 2020, p.465). Ces caractéristiques sont d'ordre anatomique, physiologique, génétique et /ou endocrinienne. On retrouve notamment les chromosomes et les caractéristiques sexuées primaires et secondaires. Pourtant l'assignation du sexe à la naissance se fait majoritairement au regard de l'appareil génital externe (Dufrasne et Vico, 2020 ; Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

Le terme genre (homme / femme / non-binaire) quant à lui est un « construit socioculturel, et non [une] donnée naturelle, biologique » (Dufrasne et Vico, 2020, p.465). Les notions de genres « s'acquièrent par l'apprentissage et peuvent varier au fil du temps et selon les cultures » (UNESCO, s.d., paragr.1).

3

« les personnes intersexes présentent, à la naissance, des caractéristiques sexuelles qui, en raison de larges variations naturelles, ne correspondent pas à la définition-type des sexes 'mâles' ou 'femelles', notamment en ce qui concerne leurs taux hormonaux et/ou leurs chromosomes et/ou leurs organes reproducteurs et/ou autres caractéristiques sexuelles secondaires. Celles-ci représentent au minimum 1,7% de la population, qui sont souvent soumises à des interventions « de normalisation » et opérations chirurgicales non médicalement nécessaires, pratiquées sans leur consentement. » (Dufrasne, 2020, p.465).

Il s'agit des

rôles, comportements, activités, fonctions et chances qu'une société, selon la représentation qu'elle s'en fait, considère comme adéquats pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles et les personnes qui n'ont pas une identité binaire. (OMS, 2018, paragr. 2)

Il existe un concept spécifique associé au rôle qui s'intitule "le rôle social de genre" et qui correspond à « la manière dont un individu doit se comporter pour être en adéquation avec le genre auquel il correspond aux yeux de la société » (Dufrasne, 2020, p.465).

Il est important de comprendre la distinction entre les notions de sexes et de genres car

le postulat arbitraire confondant sexe et genre entraîne [...] l'assignation automatique, dès la naissance, non seulement du sexe mais aussi du genre (on ne dira plus "c'est un mâle ou une femelle ?" mais bien "c'est un garçon ou une fille ?"). Le genre relève ainsi d'une identité psycho sociale au départ imposée en vertu de normes binaires, sur base exclusive du sexe biologique : par exemple un mâle (sexe) sera dès la naissance considéré et éduqué comme un garçon-homme (genre), ce qui se traduit, tout au long de sa vie, par une série d'attentes et d'injonctions différencierées, notamment au niveau comportemental, tout écart par rapport à la norme étant plus ou moins lourdement sanctionné (Dufrasne et al., 2018, p.8).

De plus, le genre comporte une dimension identitaire et « l'identité, quelle qu'elle soit et paraissant subjective, ne peut donc concerner le sexe qui est un critère biologique objectif » (Dufrasne, 2020, p.466). On qualifie cette dimension identitaire liée au genre "d'identité de genre".

« L'identité de genre d'une personne se réfère au genre auquel elle s'identifie, ce genre n'étant pas nécessairement celui assigné à la naissance. » (Dufrasne, 2020, p.465). Elle « n'est ni binaire (fille/femme, garçon/homme) ni statique » (Institut de recherche en santé au Canada, 2020, paragr.1) « mais sur un continuum le long duquel les personnes sont libres d'évoluer à tout moment en fonction de leur point de confort » (Dufrasne et al., 2018, p.10). « Certaines personnes se définissent ainsi comme bigenres, [cisgenres⁴, transgenres, agenres⁵,] de genre fluide⁶ ou de genre non binaire » (Dufrasne et al., 2018, p.10 ; Dufrasne, 2020, p.465). « L'identité de genre est auto-définie, auto-déclarative et légitime peu importe comment la personne a été assignée à la naissance » (Dufrasne et al., 2018, p.10).

Le point de confort correspond à « l'ensemble des caractéristiques mentales, comportementales, vestimentaires ou corporelles qui favorisent le sentiment de bien-être par rapport à son identité de genre. [...] Il] est choisi librement, et toutes les méthodes pour l'atteindre sont légitimes » (Genres Pluriels, 2016, paragr.1).

L'expression de genre peut être une de ces méthodes. Elle

renvoie aux différentes façons (vêtements, attitudes, langage, ...) dont les personnes peuvent exprimer leur identité de genre. Elle peut être qualifiée de féminine, masculine ou androgyne. Généralement, l'expression de genre correspond à l'identité de genre de la personne, mais ce peut ne pas être le cas, lorsque celle-ci est temporaire (ex : travesti.e.s, drag queens ou kings) ou par crainte de la transphobie. (Dufrasne, 2020, p.465)

Il est possible d'aligner cette expression de genre et éventuellement son corps à son identité de genre, il s'agit d'un processus que l'on nomme l'affirmation ou la transition de genre. Ce processus varie d'une personne à l'autre, peut prendre des mois, voire des années, et peut comporter des éléments sociaux, juridiques, médicaux et/ou chirurgicaux (Obedin-Maliver et Makadon 2016).

⁴ « qualifie [...] une personne dont l'identité de genre (et par extension l'expression de genre) est en adéquation avec le rôle social attendu de cette personne en fonction du genre (femme / homme) qui lui a été assigné à la naissance » (Dufrasne, 2020, p.465).

⁵ « ne s'identifiant à aucun genre en particulier » (Dufrasne et al., 2018, p.10)

⁶ « leur identité de genre fluctuant en fonction de leur histoire et du vécu du sujet » (Dufrasne, 2020, p.465).

On notera que l'expression « changement de sexe » pour évoquer la transition sociale voire médicale d'une personne transgenre est déconseillée. En effet, même si elle est souhaitée par la personne - ce qui n'est pas toujours le cas - certaines caractéristiques sexuelles d'ordre chromosomique, phénotypique ... ne sont pas modifiables. On parlera plutôt de « « changement de rôle social de genre », de « changement d'identité de genre dans laquelle on est reconnu.e par la société », ou de « changement d'expression de genre » » (Dufrasne, 2020, p.466).

Il convient donc - maintenant que diverses notions essentielles de compréhension ont été explicitées - de définir le terme transgenre. Il

qualifie une personne dont l'identité de genre et/ou l'expression de genre diffère de celle habituellement associée au genre qui lui a été assignée à la naissance. Il s'agit d'un terme couvrant incluant une pluralité d'identités de genre en fonction de l'auto-définition de chaque personne. (Allen et al., 2019, p. 9)

Dans cette pluralité d'identités de genre, on retrouve les hommes transgenres. Un homme transgenre est une personne qui s'identifie comme un homme, mais dont le sexe assigné à la naissance est féminin (Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

Il convient maintenant de clarifier ces définitions en les concrétisant à ce qui est observable au niveau des réalités et en les confrontant aux représentations de l'imaginaire collectif.

Le récit "né dans le mauvais corps" ou "piégé dans le mauvais corps" est une représentation simpliste des personnes transgenres que l'on retrouve fréquemment dans les médias. Les partisans de ce récit donnent l'impression que les personnes transgenres veulent changer tous les aspects de leur personne pour se conformer absolument au rôle social de genre opposé à celui qui leur a été assigné à la naissance (MacDonald et al., 2016). Or comme l'exprime Alfred - un homme transgenre qui a documenté son expérience de la périnatalité - concernant son affirmation de genre : « Ce n'est pas plus mâle parce que plus valide, c'est juste, c'est moi », « finalement, les autres personnes peuvent voir qui je suis » (Alfred cité dans Finlay, 2019, 01 : 20).

Afin de confronter nos représentations, il est également important de clarifier que « les identités de genre et les transidentités n'ont rien à voir avec les préférences sexuelles ou affectives. » (Dufrasne, 2020, p.465). En effet, bien que "LGBT[QIA+]" est souvent utilisé comme un sigle, incluant le "T" de transgenre, pour rendre compte de l'expérience des minorités [en termes de préférences sexuelles et affectives, de caractéristiques sexuées et d'identités] de genres, il est important de comprendre que si les personnes LGBT[QIA+] ont des problèmes et une histoire commune, chacun de ces groupes est très différent. Le fait de s'identifier comme personne transgenre n'implique rien quant à son attirance émotionnelle, romantique ou sexuelle, ce sont des caractéristiques indépendantes. Elles ne peuvent être définies que par chaque individu et peuvent être fluides, dynamiques, changer avec le temps (Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

Néanmoins, cette confusion demeure très répandue et perpétuée par « l'usage de terminologies inappropriées telles que "transsexualité", "transsexuel.le.s" » (Dufrasne et al., 2018, p.10). Or, ces termes sont à proscrire car ils sont issus de la psychiatrie. Le terme adéquat est transgenre, qui est lui, un terme inclusif et parapluie puisqu'il prend en compte la diversité des genres et le fait que l'identité de genre « est un sentiment éminemment personnel » (Allen et al., 2019, p. 3). « Est transgenre toute personne qui, questionnant et/ou ne s'identifiant pas complètement aux rôles sociaux associés au genre qui lui a été assigné à la naissance, se définit comme tel.le. » (Dufrasne et al., 2018, p.9). Il inclut des personnes qui souhaitent ou non apporter des modifications à leur corps ou leur apparence. En effet, « être transgenre ne se joue pas nécessairement ou exclusivement sur le terrain du corps », il peut « s'agir par exemple d'adopter (ou pas) une démarche différente, de changer (ou pas) de garde-robe, de prendre (ou pas) des hormones, d'avoir recours (ou pas) à des opérations chirurgicales » (Dufrasne et al., 2018, p. 19). Si on s'intéresse à des données chiffrées, en Belgique, d'après l'enquête "Être une personne transgenre, Dix ans plus tard", 81,9% des répondants avaient déjà ou souhaitaient entreprendre un traitement à base de testostérone et seulement 30,5% des hommes transgenres ont entrepris une chirurgie génitale ou souhaitent le faire (Motmans et al., 2017, p.64).

En sachant qu'il existe de nombreuses opérations différentes et aucune de ces chirurgies, pas plus celles modifiant les organes génitaux que les autres, ne séparent une personne transgenre de son identité. Les démarches médicales éventuellement entreprises visent à atteindre son point de confort et non à valider une identité aux yeux des autres. (Dufrasne et al., 2018, p. 12)

De même, il existe des démarches administratives qui peuvent être entreprises dans le cadre d'une transition de genre, que nous allons détailler par la suite, et celles-ci restent au libre choix de chacun.e.

Afin de comprendre les réalités dans lesquelles vivent les personnes transgenres nous allons maintenant contextualiser leur situation (légale, sociale, économique) dans le monde, en Europe et plus particulièrement en Belgique.

II. Contextualisation

1. Prévalence

Des études, telles que celle menée par Winter et al. ont estimé qu'il y a entre huit et vingt-cinq millions de personnes dans le monde qui s'identifient comme des individus transgenres (García-Acosta et al., 2019). Des données plus précises ont révélé que la prévalence de l'identité transgenre représentait 0,5 % à 1,3 % de la population mondiale ayant été assigné.e homme à la naissance, et 0,4 % à 1,2 % des personnes assigné.e.s femmes à la naissance (Winter et al., 2016).

La population européenne serait quant à elle estimée à au moins 5 millions. En ce qui concerne la Belgique, aucune statistique officielle n'a été publiée mais les associations de soutien aux personnes transgenres considèrent que cela concerne au minimum 3% de la population générale (Dufrasne et Vico, 2020).

Cependant, ces chiffres semblent être sous-estimés. En effet, ils sont souvent obtenus en se concentrant sur le sous-groupe de personnes transgenres le plus facilement dénombrable - à savoir celles/ceux qui recherchent des soins de santé transspécifiques dans des cliniques spécialisées - ou en interrogeant des échantillons de la population générale. Or, les personnes transgenres constituent un groupe très diversifié qui ne recherche pas forcément de soins transspécifiques ou du moins pas dans ces centres (Winter et al., 2016). De plus, dans de nombreuses régions du monde, la stigmatisation décourage les personnes transgenres de dévoiler leur transidentité ou d'accéder à des soins de santé de quelque nature qu'ils soient. Ces considérations constituent des défis pour les chercheurs/euses qui tentent de déterminer la taille de la population transgenre (Winter et al., 2016).

2. Transphobie et évolution

2.1 Transphobie

Bien que la visibilité des personnes transgenres ait considérablement augmenté ces dix dernières années dans de nombreuses sociétés, elles sont toujours « considérées comme déviantes ou différentes » et sont souvent victimes d'expériences de discrimination et de transphobie (Motmans et al., 2017, p. 17).

La transphobie peut être définie par

une attitude négative, pouvant mener au rejet et à la discrimination, à l'encontre des personnes transgenres. Les discriminations sont liées aux préjugés et la transphobie peut s'exercer sur des personnes trans[genres] ou supposées comme telles [...]. La transphobie peut se manifester sous forme de violences verbales (moqueries, insultes, propos discriminants), de violences physiques (agressions, viols ou meurtres), ou par un comportement discriminatoire ou intolérant (discrimination à l'embauche, au logement, à l'accès aux soins médicaux), ou encore de façon institutionnalisée (lois, règlements discriminatoires). (Dufrasne et al., 2018, p.10)

En voici quelques exemples chiffrés :

D'après la seconde enquête de l'agence de l'Union Européenne pour les droits fondamentaux (FRA) réalisée en 2019 afin de connaître les expériences des personnes LGBTI dans l'UE, sur près de 140 000 participant.e.s dont 19 445 personnes transgenres, la moitié (46 %) avaient des difficultés pour finir leur fin de mois. De plus, moins d'un tiers (27%) d'entre eux/elles/iels avaient un emploi rémunéré au moment de celle-ci. Elle a également révélé que 1 personne transgenre sur 3 a déjà été sans-abri et cela concerne 11 % des 15 -17 ans (Karsay, 2021).

De 2008 à 2021, 4042 personnes transgenres ont été tuées dans le monde, 87 de ces meurtres ont été signalés dans 12 pays d'Europe dont 44 en Italie, 12 en France, 14 en Espagne et 11 au Royaume-Uni. Ces chiffres sont d'autant plus alarmants quand on sait que l'année 2021 a été la plus meurtrière (Karsay, 2021). Il n'y a pas de données pour la Belgique (TGEU, 2014).

Il s'agit de crimes dits haineux c'est-à-dire d'actes criminels motivés par des préjugés à l'égard de certains groupes de personnes, il peut être fondé sur le genre, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la race/ethnicité, la religion, l'âge ou le handicap. Ainsi, l'auteur d'un crime de haine choisit et cible la victime en raison de son appartenance ou de la perception de son appartenance à un groupe particulier. Dans le cas des crimes haineux contre les personnes transgenres, il se fonde sur la perception que la victime est transgenre. Ces chiffres⁷ représentent une infime partie des homicides des personnes transgenres à l'échelle mondiale (Balzer et Transgender Europe, 2021 ; Fedorko, 2020 ; TGEU, 2014).

Afin de décrire la transphobie qui s'exerce au niveau institutionnel, nous allons maintenant décrire l'évolution de la législation belge relative aux transidentités.

⁷ Ces chiffres ont été obtenus dans le cadre du projet Trans Murder Monitoring (TMM). Ce projet a été lancé en avril 2009 afin de suivre, collecter et analyser de manière systématique les faits d'homicides de personnes transgenres dans le monde. Ce travail est assuré par les organisations de lutte pour les droits des personnes transgenres, ce sont les mieux placés pour atteindre leurs communautés et les faire participer dans le travail de suivi et de documentation.

2.2. Evolution de la législation belge

« Sur le plan législatif, la Belgique a connu une grande révolution ces dix dernières années » (Motmans et al., 2017, p. 16).

La loi du 10 mai 2007 marque « le premier régime légal belge relatif à la transidentité ». Cependant, elle permettait seulement aux personnes qui avaient eu recours « à une intervention chirurgicale pour réconcilier leur conviction intime et leur apparence physique [-] d'adapter l'enregistrement de leur “sexe”⁸ et de leur prénom dans des documents tels que l'acte de naissance et la carte d'identité » (Allen et al., 2019, p. 3).

De plus, ces adaptations dans les documents officiels étaient soumises à des conditions très strictes. En effet,

au moyen de deux certificats établis respectivement par un psychiatre et un chirurgien, la personne devait démontrer qu'elle avait subi une stérilisation irréversible, qu'elle s'était autant que possible adaptée à son nouveau “sexe” sur le plan médical et qu'elle était irréversiblement et intimement convaincue d'appartenir au “sexe” opposé à celui mentionné sur son acte de naissance. (Motmans et al., 2017, p.11).

La stérilisation irréversible impliquait de « subir une ablation des testicules ou de l'utérus (gonadectomie). » (Motmans et al., 2017, p.69).

Lorsqu'il s'agissait d'une demande de changement de prénom, en addition du certificat du psychiatre, les conditions étaient que le nouveau prénom corresponde au « changement de rôle » et qu'un endocrinologue établisse un certificat attestant qu'un traitement hormonal masculinisant ou féminisant avait été entrepris. Bien qu'un changement de prénom fût possible en suivant la procédure normale non soumise à ces conditions, celle-ci coûtait dix fois plus chère (Motmans et al., 2017, p.11).

⁸ Les guillemets sont utilisés ici et dans la suite de cette partie, car il s'agit en fait du genre mais la loi utilise encore le terme sexe pour parler du genre.

Face à de telles conditions et surtout à celle de l'exigence de la stérilisation irréversible, cette loi a dès le début suscité d'importantes réticences (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2013, p.2). En effet, elle viole l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme qui stipule que chacun.e a le droit de disposer de son corps (Dufrasne, 2019, p. 28). Elle va également à l'encontre des principes de Yogyakarta⁹ car « elle porte atteinte à l'intégrité physique de la personne et à son droit d'être reconnue selon sa propre identité de genre » (IEFH, 2013, p.2). C'est pourquoi, Juan E. Méndez A. - le rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants de l'époque - a appelé, en 2013, les États à abroger toute loi autorisant des traitements intrusifs et irréversibles tels que la stérilisation forcée ou sous la contrainte (ONU, 2013, p.23). La Cour européenne des Droits de l'Homme a par la suite (le 10 mars 2015) reconnu « que la condition de stérilisation pour les personnes transgenres était contraire aux Droits de l'Homme » (Allen et al., 2019, p.12). Le 22 avril 2015, le Conseil de l'Europe a finalement approuvé une résolution (Allen et al., 2019) qui appelle ses États membres à

instaurer des procédures rapides, transparentes et accessibles, fondées sur l'autodétermination, qui permettent aux personnes transgenres de changer de nom et de "sexe" sur les certificats de naissance, les cartes d'identités, les passeports, les diplômes et autres documents similaires (Dufrasne et al., 2018, p. 24).

En Belgique, ce n'est que depuis le 1er janvier 2018, qu'« une personne transgenre ne doit plus remplir certaines conditions médicales pour faire modifier officiellement son "sexe" et son prénom sur les actes de l'état civil et dans le registre de la population » (SPF Justice, s.d., paragr. 4). Ces nouvelles réglementations ont été définies dans la loi du 25 juin 2017 et prévoient que l'intéressé.e signe une déclaration destinée à l'officier de l'état civil dans laquelle il/elle/iel confirme être convaincu.e que le "sexe" figurant sur son acte de naissance ne correspond pas à son identité de genre (Allen et al., 2019).

⁹ Les principes de Yogyakarta sont un ensemble de principes sur l'application du droit international des droits de l'homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Ils ont été établis en 2006 par un groupe de spécialistes internationaux des droits de l'homme (About the Yogyakarta Principles, s.d.).

Le procureur du Roi a alors 3 mois pour rendre un avis négatif¹⁰, ce n'est qu'à compter de ce délai et s'il n'y a pas eu d'avis négatif rendu qu'une seconde déclaration au même officier de l'état civil peut être entreprise. Cette dernière doit être signée maximum 6 mois après la première. Les modifications sont alors apportées en marge des actes de l'état civil de l'intéressé.e et de ceux de ses descendant.e.s du premier degré¹¹ (Allen et al., 2019) afin de « reconnaître les enfants conçus après modification de "l'enregistrement du sexe". » (Dufrasne et al., 2018, p.26). En effet, avant cette nouvelle loi, au vu de l'obligation de stérilisation pour entreprendre cette démarche, la problématique de la filiation ne se posait plus une fois le changement d'état civil effectué. A noter, surtout dans le cadre de ce travail, que la législation concernant les liens de filiation n'étant pas encore réformée pour être neutre au niveau du genre, les hommes transgenres qui accouchent de leur enfant sont donc considérés comme des "mères" juridiquement (Dufrasne et al., 2018).

D'autres problématiques sont également engendrées par cette nouvelle loi, notamment le caractère irréversible des démarches de "changement de sexe" et de changement de prénom¹² à l'état civil. Au vu de ces limitations, la loi du 25 juin 2017 est attaquée, elle viole notamment les articles 10, 11 et 22 de la Constitution ainsi que l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme car elle ne permet pas de garantir l'égalité du droit fondamental à l'autodétermination pour toutes les personnes transgenres. En effet, cette nouvelle loi est censée s'appliquer aux personnes transgenres dont l'identité de genre peut être fluide et/ou non binaire, l'irréversibilité du processus est donc discriminante (Allen et al., 2019).

¹⁰ il peut s'y opposer "uniquement en raison d'une contrariété à l'ordre public (cette possibilité [étant] extrêmement rare et donc principalement théorique)" (Dufrasne et al., 2018, p.25).

¹¹ "Le fait que "l'enregistrement du sexe" a été modifié ne sera pas visible [...] Seule une copie intégrale de l'acte de naissance laissera apparaître qu'il y a eu modification.", très peu de personnes auront accès à ce dernier & l'accès doit être justifié (Dufrasne et al., 2018, p.25).

¹² une déclaration sur l'honneur à propos du motif transidentitaire de la demande doit être ajoutée à la procédure conventionnelle de demande de changement de prénom si le choix du prénom "prête à confusion" car dans ce cas la demande peut être refusée (par exemple "un prénom considéré comme féminin quand on est assigné.e mâle sur sa carte d'identité " (Dufrasne et al., 2018, p.24).

Afin de remédier à ces limitations, des annulations ont été apportées à cette loi par la Cour Constitutionnelle dans le cadre de l'arrêt du 19 juin 2019, permettant une nouvelle modification de l'enregistrement du "sexe" dans l'acte de naissance, même lorsque cette démarche a déjà entreprise (Allen et al., 2019). La Cour cite également dans cet arrêt, d'autres possibilités à plus long terme afin de garantir les mêmes droits à l'ensemble des personnes transgenres. Elle propose notamment « 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 » (Allen et al., 2019, p.35). Sa seconde proposition évoque « la possibilité de supprimer l'enregistrement du "sexe" ou de l'identité de genre comme élément de l'état civil d'une personne » (Allen et al., 2019, p.35).

Il est néanmoins toujours possible actuellement, en attendant de nouvelles dispositions, d'entreprendre une demande de modification de l'enregistrement du "sexe enregistré" auprès de l'état civil selon la procédure décrite dans la loi attaquée (SPF Justice, s.d.).

Selon une note de politique générale du 29 octobre soumise à la Chambre à la fin de l'année 2021, le gouvernement opterait plutôt pour la seconde proposition et semblerait prêt à abandonner la mention du genre sur la carte d'identité (Rasson et Laffineur, 2021).

De plus, toute discrimination fondée sur l'identité de genre ou l'expression de genre d'une personne est légalement interdite depuis le 22 mai 2014. Il s'agit à l'origine de la loi du 10 mai 2007 - qui interdit notamment « la discrimination directe ou indirecte, l'injonction de discriminer, le harcèlement et le harcèlement sexuel » fondée sur le sexe - à laquelle a été ajouté les notions d'expressions de genre et d'identités de genre en 2014¹³ (IEFH, s.d., paragr. 3).

¹³ Par la mention suivante : « L'assimilation d'une distinction directe fondée sur l'identité de genre ou l'expression de genre à une distinction directe fondée sur le sexe » (art. 4 §3 de la loi) (IEFH, s.d., paragr.8)

Suite à « l'adoption de la loi visant à augmenter la circonstance aggravante, le juge peut infliger un alourdissement de peine pour le critère de discrimination “changement de sexe”¹⁴, pour les crimes “homicide” et “coups et blessures” » (Motmans, T'Sjoen et Meier cités dans Motmans et al., 2017, p. 16). Néanmoins, « les critères “expression de genre” et “identité de genre” n'y sont pas encore repris et l'alourdissement de la peine n'est pas étendu aux autres crimes » (Motmans et al., 2017, p. 16).

Afin d'effectuer une comparaison et de déterminer les pistes d'amélioration pour la législation belge, il est intéressant d'aborder la question suivante : où en sont les pays voisins de la Belgique concernant la législation relative à leur population transgenre ?

2.3. Etats des lieux dans les pays Européens

De la même façon que pour les homicides transphobes, Transgender Europe¹⁵ a réalisé une carte géographique interactive - qui illustre la situation juridique de 49 pays d'Europe et de 5 pays d'Asie centrale en matière de législation spécifique aux personnes transgenres - nommée la TGEU Trans Rights Map¹⁶. Dans sa plus récente mise à jour, elle met en évidence que seulement 13 États membres de l'UE ont établi des lois qui interdisent les crimes de haine contre les personnes transgenres. De plus, 9 États membres de l'Union Européenne demandent encore une preuve de divorce aux personnes transgenres qui souhaitent faire reconnaître légalement leur genre. De façon semblable, 16 états membres¹⁷ requièrent toujours un diagnostic de maladie mentale pour cette même reconnaissance (TGEU, 2022b, 2022d, s.d.).

¹⁴ Comme nous l'avons mentionné plus haut, cette expression est inappropriée car on ne peut pas changer de sexe (chromosomes ...).

¹⁵ Organisation regroupant 195 organisations de lutte pour les droits des personnes transgenres dans 48 pays différents en Europe et en Asie centrale.

¹⁶ Ce projet est co-financé par l'Union Européenne.

¹⁷ Autriche, Croatie, République Tchèque, Estonie, Finlande, Allemagne, Italie, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Espagne et Suède.

Seuls 14 états membres de l'UE garantissent une protection aux personnes transgenres contre la discrimination en matière de logement fondée sur l'identité de genre. TGEU Trans Rights Map permet également de mettre en évidence que de nombreux pays violent la législation européenne, notamment celle relative à la discrimination à l'emploi (7 pays) et à l'accès aux biens et aux services (10 pays) fondée sur l'identité de genre. Enfin, seuls 17 pays garantissent une protection internationale aux réfugié.e.s transgenres (les 10 autres violant le droit européen) (TGEU, 2022b, 2022d, s.d.).

La TGEU Trans Rights Map au travers d'un score se basant sur 30 indicateurs, montre également les exigences spécifiques à chaque pays en termes de reconnaissance légale du genre, ainsi que des protections existantes pour les personnes transgenres en matière d'asile, de crimes/de discours haineux, de non-discrimination, de santé et de famille. Un pays se voit attribuer un point s'il remplit les conditions énoncées dans les critères d'un indicateur. La Belgique remplit 21/30 indicateurs¹⁸. Le détail de ce score peut être consulté en Annexe II. Ce qui nous intéressera plus particulièrement dans ces résultats est le fait que la Belgique ne remplit aucune des deux conditions relatives à la santé, ces dernières étant la dépathologisation de l'identité transgenre et l'interdiction des thérapies de conversions (Annexe II). Malte est le seul pays en Europe à avoir effectivement dépathologisé les identités transgenres (TGEU, 2022a, 2022c).

¹⁸ Elle ne remplit pas 3 conditions relatives à la reconnaissance légale du genre puisqu'elle dispose toujours d'une restriction relative à l'âge auquel cette demande peut être faite et puisqu'elle ne permet pas la reconnaissance légale de l'identité de genre non-binaire. De plus, elle ne dispose pas de loi relative au crime haineux ou de reconnaissance juridique de la parentalité non-binaire et n'a aucune politique qui s'attaque au discours haineux (TGEU, 2022a, 2022c).

Comme nous avons pu le voir, la transphobie prive les personnes transgenres de leur autonomie en créant des obstacles aux opportunités économiques, en les exposant à la violence physique et à des facteurs de stress chronique, elle a un coût permanent sur la santé et le bien-être des personnes transgenres (Hoffkling et al., 2017). C'est ce qui va nous intéresser plus particulièrement maintenant, notamment comment elle s'exerce dans le domaine de la santé et les besoins spécifiques que cela crée. Pour ce faire, nous allons décrire l'offre de soins destinée aux personnes transgenres en Belgique, la pathologisation qui s'exerce encore en son sein et ses alternatives.

2. 4 Accès aux soins de santé

2.4.1 Généraux

Tout au long de leur vie, les personnes transgenres sont, en général, confrontées à différents obstacles quand elles tentent d'accéder à des services de santé (Calderón-Jaramillo et al., 2020). La transphobie est en grande partie responsable de ces obstacles. En effet, dans le contexte des soins de santé, elle prend la forme de discriminations, de rejet à prodiguer des soins et/ou d'un manque de connaissances de la part des professionnel.le.s de la santé (Hoffkling et al., 2017). Nous pouvons également citer les restrictions liées au remboursement des soins ainsi que le manque de services adaptés qui force les personnes transgenres à se déplacer parfois loin pour obtenir des soins adéquats (Dufrasne et Vico, 2020). En effet, d'après l'enquête « Être une personne transgenre en Belgique, Dix ans plus tard » 75,3% des répondant.e.s ont recherché de l'aide de professionnel.le.s de l'assistance. Parmi les 24,7% qui n'ont pas sollicité d'aide, à la question « Si vous n'avez recherché aucune aide, pourquoi ? » (plusieurs réponses étaient possibles), un tiers des répondant.e.s déclarait ne pas en avoir besoin, 15,9% n'en souhaitaient pas et 25,8% avaient peur d'en demander. D'autres réponses encore décrivaient : la « crainte des préjugés de la part des professionnel.le.s » (24,2% de répondant.e.s), le manque de confiance dans les services disponibles (15,9 % de répondant.e.s) et le désaccord avec la prise en charge proposée en Belgique (11,4% de répondant.e.s) (Motmans et al., 2017, p.57).

De plus, 21,2% des répondant.e.s n'ont pas trouvé d'aide professionnelle dans leur quartier, 10,6 % ont répondu que « le temps d'attente annoncé [leur] semblait trop long » et enfin 18,2% ne pouvaient pas pour des raisons financières (Motmans et al., 2017, p.57). Aux Etats-Unis, l'enquête nationale sur la discrimination à l'égard des personnes transgenres a notamment révélé que 19 % des personnes interrogées s'étaient vu refuser des soins de santé en raison de leur identité de genre, que 50 % avaient dû enseigner à leurs prestataires de soins de santé les problèmes de santé transspécifiques et que 28 % avaient retardé la recherche de soins de santé par crainte d'être discriminé.e.s (Kirczenow MacDonald T., 2019, p.223).

Face à ces chiffres, en 2016, l'US National Institutes of Health (NIH) a officiellement reconnu les populations transgenres comme des populations souffrant de disparités en matière de santé (Besse et al., 2020, p.517).

« A l'origine de cette lacune dans l'accès aux soins pour les personnes transgenres [...], [Dufrasne et Vico] postulent [la cause suivante] : la pathologisation des personnes transgenres » (2020, p. 466). La pathologisation réfère au fait que les transidentités sont “souvent connotées pathologiquement, stigmatisées et assimilées à un trouble de la santé mentale” (2019, p. 28). Elle s'illustre notamment par le fait que l'identité transgenre est toujours considérée comme pathologique par le Manuel Diagnostique et Statistique des maladies mentales de l'American Psychological Association (DSM-V) (García-Acosta et al., 2019, p.8). L'OMS quant à elle n'a que depuis 2019, ôté les transidentités du chapitre des maladies mentales dans la CIM-11¹⁹ (Dufrasne, 2020, p.3). En effet, le terme stigmatisant “transsexualisme” y figurait depuis 1975 (Genres Pluriels, 2018). Toutefois, dans sa toute dernière édition, un nouveau chapitre intitulé “Affections liées à la santé sexuelle” a été ajouté (OMS, s.d.). Dans celui-ci, on retrouve la dénomination “incongruence de genre” qui selon l'OMS se caractérise « par une discordance marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné. » (2022, paragr.1).

¹⁹ La CIM-11 correspond à la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies. Elle représente la norme internationale de référence et répertorie des codes spécifiques assignés à des problèmes de santé et des accidents. Son objectif étant de mettre à disposition « des données que les gouvernements pourront utiliser pour concevoir des politiques de santé publique efficaces, et en mesurer l'impact » (OMS, s.d.).

D'après Genres Pluriels, cette modification, hormis son caractère toujours pathologisant, pose d'autant plus souci qu'elle « continue à faire l'amalgame entre sexualités et identités de genres » (2018).

En Belgique, nous pouvons notamment illustrer la pathologisation des identités transgenres par le fait que les deux manuels mentionnés ci-dessus sont, malgré ces considérations, utilisés par l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) comme référence (Genres Pluriels, 2016). En effet, dans le rapport médical démontrant que le/la bénéficiaire répond aux conditions de remboursement de l'INAMI, il est repris :

« présente des symptômes d'une dysphorie de genre ou en a reçu le diagnostic, selon la définition du DSM-5 [...] ou éventuellement de la CIM-11 » (Annexe III). L'utilisation d'expressions telle que “dysphorie de genre” contribue également à la pathologisation des identités transgenres, car étant donné son origine psychiatrique, elle renforce « l'idée selon laquelle les personnes trans[genres] sont [...] malades menta[lement] » (Dufrasne, 2020, p.3).

Dufrasne dénonce cette pathologisation en estimant que pour l'instant, une prise en charge qualitative non pathologisante ne représente pas la majorité de ce qui est proposé aux personnes transgenres (2019) et cela “nuit à leur inclusion dans la société et engendre de multiples discriminations” (2020, p.3).

En Belgique notamment, « l'accès aux soins de santé transspécifiques doit [...] être facilité » (Dufrasne, 2019, p.28). Seuls 2 centres d'accompagnement des transidentités sont officiellement reconnus et conventionnés par l'INAMI (INAMI, 2021, 24 février). Ces deux centres se situent au Centre Hospitalier de Liège et au Centre Hospitalier de Gent (INAMI, 2021, 24 février).

D'après l'INAMI, ces centres proposent un accompagnement psychosocial et/ou médical avec pour objectifs, au moins trois de ceux décrits dans la suite de ce paragraphe : effectuer « un bilan complet de la discordance entre [l'] identité de genre ou [l'] expression de genre et le genre qui [a été] attribué » à la naissance de la personne qui consulte ; établir si un programme de soins est nécessaire ; rechercher la présence d'une éventuelle “dysphorie de genre” (nous rappelons que cette expression est à proscrire) ; « informer et conseiller sur les traitements existants d'affirmation de genre » (INAMI, 2021, 24 février). L'INAMI cite également les objectifs suivants : « prescrire, coordonner et suivre les traitements adéquats » ; la proposition d'une psychoéducation afin de « surmonter certaines difficultés que la “dysphorie de genre” peut entraîner [au quotidien] et/ou de gérer le traitement d'affirmation de genre et ses conséquences » ainsi qu' « orienter vers un hôpital qui réalise la chirurgie d'affirmation de genre ». Enfin, le dernier objectif visé consiste à soutenir et conseiller en cas de difficultés financières faisant obstacle à l'opération chirurgicale (il n'est pas mentionné laquelle or il en existe plusieurs) grâce à une équipe multidisciplinaire²⁰ qui comprend des travailleurs sociaux et un case manager (= « premier point de contact avec le centre et coordinateur des différentes composantes de l'accompagnement ») (INAMI, 2021, 24 février).

A l'inverse des équipes de genre [mentionnées ci-dessus], dont le principe est de regrouper les praticien.ne.s sous un même toit, le Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge a pour but de délocaliser les services aux personnes transgenres et intersexes en s'appuyant sur les médecins généralistes, les maisons médicales, les services de santé mentale, les plannings familiaux, ect. qui sont des services de proximité. Les personnes ne [sont] plus dans l'obligation de se déplacer loin de chez elles. (Dufrasne et al., 2018, p. 69).

²⁰ Le Centre de Liège regroupe un centre de consultation et des services rattachés de chirurgie plastique maxillo-faciale, d'endocrinologie clinique, de dermatologie, de gynécologie-obstétrique, d'ORL, d'audiophonologie, de chirurgie cervico-faciale et de psychiatrie (CHU Liège, s.d.).

Ce réseau a été créée par l'ASBL Genres Pluriels et rendu officiel lors d'un Symposium au CHU Saint-Pierre en 2018 (Genres Pluriels, 2019), afin de pouvoir « accueillir et réorienter la population transgenre et intersex issue de toute la Belgique vers des services psychomédicosociaux sensibilisés et formés à l'approche respectueuse et donc non psychiatrisante et non pathologisante des transidentités et des intersexuations²¹ » (Dufrasne, 2019, p. 28). Il vise à offrir un meilleur accès aux soins de santé spécifiques à cette population. En favorisant notamment l'échange de connaissances entre les divers professionnel.le.s²² qui le constituent et en permettant aux personnes en situation précaire d'accéder à des soins trans- et interspécifiques dans des structures peu exigeantes (Dufrasne, 2019).

L'accueil au sein du réseau se fait en premier lieu par un entretien individuel avec des psychologues spécifiquement formé.e.s qui proposent - aux personnes en questionnement sur leur identité de genre et/ou leurs caractéristiques sexuées (Genres Pluriels, 2021) ainsi qu'à leur entourage - un accompagnement psycho-social, psychothérapeutique ou sexologique, individuel et/ou systémique (Dufrasne et Vico, 2020). Ainsi qu'une offre d'information de première ligne sur les soins de santé transspécifiques et toutes les autres démarches pouvant être liées à une transition féminisante ou masculinisante (Dufrasne et al., 2019 ; Dufrasne et Vico, 2020).

²¹ Genres Pluriels propose plusieurs outils de formation : des brochures d'informations sur les transidentités (Bianca Debaets, Secrétaire d'Etat bruxelloise en charge de l'Egalité des Chances à l'époque a notamment écrit sa préface) et sur les intersexuations, un guide de santé sexuelle pour les personnes transgenres et leurs amant.e.s à consulter via [Genres Pluriels - Brochures](#) et des formations spécifiques pour les professionnel.le.s (Dufrasne, 2019, p.30).

²² Le Réseau PMS Trans* et Inter* belge regroupe les professions et services suivants (liste non exhaustive) : des «médecins généralistes *transfriendly*» (qui proposent «un accueil respectueux, inclusif et bienveillant basé sur l'autodétermination, la non-discrimination dans les soins, l'adaptation des soins de médecine générale courante aux spécificités par exemple, en termes de vécus, de corporalités non normées, de dépistages, d'état civil modifié ou non et ses conséquences sur les remboursements par la mutuelle, ...») ; des médecins compétent.e.s pour prescrire un traitement hormonal féminisant ou masculinisant ; des infirmier.e.s ; des gynécologues / urologues ; des «chirurgien.ne.s formé.e.s à la torsoplastie et à d'autres interventions chirurgicales du buste ou du visage» ou pratiquant des opérations génitales ; des «logopèdes spécialisé.e.s en féminisation ou masculinisation vocale» ; des avocat.e.s ; des assistant.e.s social.e.s ; des dermatologues ; des centres d'épilation définitive ; des maisons médicales ; des hôpitaux ; ... (Dufrasne et Vico, 2020, p. 467).

Il s'agit d'une forme de pré-réorientation médicale potentielle, suivie, le cas échéant, par une collaboration en suivi conjoint pluridisciplinaire créé pour chaque situation²³ (appelée "approche intégrée" par l'INAMI) avec des structures médicalisées (hospitalières ou non) spécifiquement formées par l'ASBL à l'accompagnement des personnes transgenres (Dufrasne et al., 2019 ; Dufrasne et Vico, 2020). Elles sont dès lors « aptes à fournir des soins à ces personnes de manière humaine et respectueuse » en seconde ligne (Dufrasne et Vico, 2020, p.467).

L'accompagnement psycho-social permet, ici, aux personnes de « surmonter les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne. Il peut s'agir de construire des stratégies pour faire face aux discriminations en tous genres pouvant aboutir à des situations de détresse » mais aussi d'une aide afin d' « assumer pleinement [leur] différence » (Dufrasne et Vico, 2020, p. 466).

La démarche médicale quant à elle varie d'une personne à une autre, pour certain.e.s elle n'est pas nécessaire afin de vivre de manière épanouie leur identité de genre. Dans tous les cas, elle se doit d'être multidisciplinaire car les situations voire les problèmes auxquels les personnes transgenres sont confrontées sont très variés et variables (Dufrasne et Vico, 2020, p. 466).

Dans tous les cas, il est primordial au sein du réseau que les personnes qui, éprouvant un questionnement par rapport au genre qui leur a été assigné à la naissance, souhaitent faire une transition féminisante ou masculinisante, et ce par la voie des traitements hormonaux et/ou de la chirurgie, ne devraient pas avoir à se justifier outre mesure et se soumettre à un suivi psychiatrique imposé, dès lors qu'elles ont pris connaissance de toutes les informations nécessaires à un choix éclairé, de la part de professionnel·le·s compétent·e·s. (Genres Pluriels, 2019)

²³ Genres Pluriels dispose de consultations dans 9 villes belges (Genres Pluriels, 2021).

Lorsque les personnes transgenres sont accueillies de façon adaptée, elles font souvent face à des difficultés de remboursement de leurs soins transspécifiques (Dufrasne, 2019, p. 27). En effet, en Belgique, l'INAMI n'intervient que dans les frais liés à un accompagnement effectué dans un des deux centres qu'elle conventionne (CHU de Liège et Gent) (INAMI, 2021, 24 février). Les frais de déplacement ne sont pas pour autant remboursés à moins de fournir à l'INAMI une preuve que le déplacement est impossible pour cause de pathologie (Annexe IV, p.3). Afin d'obtenir un remboursement par l'INAMI, le centre conventionné doit transmettre à la mutuelle du/de la bénéficiaire un rapport médical (Annexe III) qui atteste que sa situation respecte les conditions (psychiatrisantes, à savoir requérant un diagnostic psychiatrique) prévues par la convention. Ce n'est qu'après l'accord de la mutuelle que le centre peut assurer l'accompagnement du/de la bénéficiaire.

Une part des frais de chaque prestation reste quand même à charge du/de la bénéficiaire de soins²⁴ (INAMI, 2021, 24 février). D'après l'enquête « Être une personne transgenre en Belgique, Dix ans plus tard », plus d'1 répondant.e sur 10 rapportait avoir des soucis de remboursements de frais médicaux auprès de leur assurance hospitalisation après avoir cherché de l'aide médicale, avec pour motif dans 35,7% des cas qu'il s'agissait d'une intervention esthétique et que cela constituait un critère d'exclusion (Motmans et al., 2017, p.80). En réponse à cette problématique fréquemment rencontrée, l'IEFH a créé une brochure à destination des personnes transgenres pour les aider dans cette démarche (Annexe VII). Sur cette dernière, il est tout de même conseillé de « prouver la nécessité médicale de “réassiguation sexuelle” » par le biais d'un certificat délivré par un médecin ou un thérapeute mentionnant le diagnostic de “dysphorie de genre” si l'assureur « estime que les interventions ou traitements ne sont pas nécessaires » (Annexe VII). Face à ces obstacles, Genres Pluriels a introduit une demande de recherche auprès du KCE le 15 juin 2022, avec pour objectif de démontrer les problèmes de remboursement de soins de santé généraux et transspécifiques rencontrés par les personnes transgenres (Mpasin, 2020).

²⁴ C'est notamment le cas des séances d'accompagnement psychosocial individuel, familial, en groupe, des entretiens pré- ou postopératoires, des traitements médicamenteux mais aussi des consultations avec un.e médecin du centre pour des traitements spécifiques qui nécessitent une hospitalisation. Ces tarifs sont précisés sur l'annexe V (INAMI, 2021, 24 février).

2.4.2. Reproductifs

Les hommes transgenres font face à des obstacles plus particulièrement dans l'accès aux services de santé reproductive²⁵ (Calderón-Jaramillo et al., 2020, p.6). La transphobie constitue, de nouveau, un des principaux obstacles mais on retrouve également dans la littérature l'effacement. Il se caractérise par une insuffisance d'investissement dans la recherche sur la santé reproductive des hommes transgenres et un manque d'attention portée à leurs besoins dans ce contexte par les institutions (Hoffkling et al., 2017).

Il existe par exemple des restrictions spécifiques aux choix reproductifs des personnes transgenres (Hoffkling et al., 2017). Dix pays européens²⁶ vont toujours à l'encontre de la condamnation des exigences de stérilisation pour les personnes transgenres qui veulent obtenir une reconnaissance légale de leur genre, émise par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (TGEU, 2022b).

Le manque de données probantes sur les effets à court et à long terme de la testostérone sur les organes reproducteurs et la facilité de conception est un exemple d'obstacle unique et spécifique auquel les hommes transgenres doivent faire face lorsqu'ils reçoivent des soins de santé reproductifs (Hoffkling et al., 2017). En effet, pour les hommes transgenres dont les organes reproducteurs nataux (femelles, donc) fonctionnent, la principale question médicale unificatrice concernant la conception est liée à l'utilisation ou non de testostérone et sa durée d'utilisation si c'est le cas par rapport au moment de la grossesse (Obedin-Maliver et Makadon, 2016). La testostérone est l'hormone clé de la transition masculinisante. La testostérone peut être administrée par des injections intramusculaires ou sous-cutanées, des patchs transdermiques, des gels topiques ou des implants (García-Acosta et al, 2019).

²⁵ « La santé reproductive implique la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2017).

²⁶ Bosnie-Herzégovine, République tchèque, Finlande, Kosovo, Lettonie, Monténégro, Roumanie, Serbie et Turquie.

La prise de testostérone entraîne la plupart du temps une série de conséquences, telles que l'aménorrhée, l'arrêt de l'ovulation et l'apparition de caractéristiques sexuées secondaires comme une voix grave, une pilosité faciale et une calvitie (García-Acosta et al, 2019). Il est important de rappeler que bien que de nombreux hommes transgenres souhaitent entreprendre un traitement hormonal à la testostérone, tous ne le font pas (Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

Pour ceux qui choisissent d'utiliser la testostérone, son utilisation peut affecter la fertilité et la fécondité. Malheureusement, il existe peu de données pour éclairer des conversations équilibrées sur le sujet (Obedin-Maliver et Makadon, 2016). Toutefois, Light et al. se sont intéressés à cette question dans le cadre d'une enquête en ligne auprès de 41 hommes transgenres. 61% des répondants ont déclaré avoir utilisé de la testostérone avant leur grossesse, parmi eux 24 % ont eu une grossesse non planifiée alors qu'ils prenaient encore de la testostérone et 72 % sont tombés enceints en six mois. 80 % ont recommencé à avoir des règles dans les six mois suivant l'arrêt de la prise hormonale²⁷ et cinq participants sont tombés enceints alors qu'ils étaient encore en aménorrhée (Obedin-Maliver et Makadon, 2016). Malgré l'incertitude quant aux effets prévisibles sur la fertilité, des hommes transgenres ont donc réussi à concevoir et à mener une grossesse après avoir utilisé de la testostérone. Des hommes transgenres ont même eu des grossesses involontaires alors qu'ils prenaient de la testostérone ou étaient encore en aménorrhée après son arrêt, 2 situations considérées à tort comme empêchant toute grossesse (Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

Ce manque de données probantes concernant les effets de la testostérone sur la fertilité est source de beaucoup de frustrations (Hoffkling et al., 2017) comme un des participant de leur étude en témoigne :

S'ils ne peuvent pas me donner de meilleures informations sur la possibilité d'avoir des bébés, alors je ne vais pas commencer la testostérone. Donc, de cette façon, elle [la décision de retarder le traitement hormonal] a été facile à prendre, mais elle a été difficile à accepter. (Hoffkling et al., 2017, p. 11)

²⁷ García-Acosta et al. parlent eux d'une reprise des cycles ovulatoires entre huit et douze mois après l'arrêt de la prise de testostérone (2019).

La mère d'Alfred dans le documentaire Seahorse sur l'expérience de périnatalité de ce dernier raconte de la même manière qu' « on lui a dit, comme à la plupart des hommes trans, qu'une fois que vous commencez à prendre des hormones, vous deviendrez infertile, ce qui n'est pas vrai du tout » (Finlay, 2019, 11 : 01).

Par principe de précaution toutefois, il est recommandé d'interrompre le traitement hormonal si une gestation est souhaitée (Dufrasne et al., 2019 ; García-Acosta et al, 2019 ; Monica Hahn, 2019) étant donné son taux métabolique élevé ainsi que de la possibilité de concevoir sans danger quelques mois après l'arrêt (García-Acosta et al, 2019). L'intervalle optimal entre l'arrêt de la testostérone et la conception n'a toutefois pas été déterminé à ce jour (Monica Hahn, 2019).

Ali a, quant à lui, arrêté 6 mois avant la grossesse, après 13 ans de prise de testostérone en discontinu, il s'« attendait à ce que ce soit difficile [de tomber enceint], voire que ça ne marche pas et en fait ça a marché dès qu'on a essayé » (Korbini, 2021, 01 : 21).

Il est donc toujours important de discuter de la planification familiale, et en particulier du désir d'avoir des enfants génétiquement apparentés ou de mener à bien une grossesse, avant de commencer un traitement hormonal (Obedin-Maliver et Makadon 2016, p.5). Information souvent négligée, en effet, d'après l'étude « Être une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard » menée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 28,4 % des hommes transgenres ont répondu vouloir des enfants dans le futur. Or, seulement 55,1% des participant.e.s indiquent avoir été informé.e.s « sur les options de procréation en tant que personne transgenre ». Ces informations ont été transmises via les prestataires de soins dans 30,5% des cas, via une organisation LGBTI dans 10,7% des cas, et via des recherches personnelles ou par le biais d'ami.e.s/ connaissances dans 13,8% des cas. 24 répondant.e.s soit 5,7% des cas ont déclaré ne pas avoir eu accès à de l'information concernant leurs options de procréation malgré leur souhait d'en recevoir (Motmans et al., 2017, p.66).

Ce manque d'informations peut même engendrer la perte de la fertilité de certains hommes transgenres. Dans l'étude « Être une personne transgenre en Belgique, Dix ans plus tard », un quart des personnes qui sont devenues infertiles suite à un traitement médical ne le souhaitaient pas et ne connaissait pas le caractère stérilisant de ces interventions (Motmans et al., 2017, p.68).

En effet, certaines interventions chirurgicales entreprises dans le cadre d'une transition de genre masculinisante telles qu'une hystérectomie²⁸, une vaginectomie²⁹ ou une ovariectomie³⁰ bilatérale empêcheraient toute grossesse future (Hoffkling et al., 2017). De même que des interventions qui ont eu recours à une occlusion du vagin (Obédi-Maliver et Makadon, 2016). D'autres procédures utilisées dans le cadre de l'affirmation du genre, font débat quant à leur caractère stérilisant, Hoffkling et al. estiment que la métoïdioplastie³¹, la scrotoplastie³² ou la phalloplastie³³, n'empêcheraient pas la grossesse (2017). García-Acosta et al. considèrent quant à eux qu'une métoïdioplastie ou une phalloplastie, ne permettent pas d'envisager une grossesse (2019).

²⁸ Procédure chirurgicale qui consiste à enlever l'utérus (CNGOF, 2016, paragr.1).

²⁹ Lors d'une vaginectomie on enlève le vagin en partie ou en entier. On peut aussi retirer la totalité du vagin ainsi que le tissu de soutien tout autour. (Société Canadienne du Cancer, 2014).

³⁰ Ablation d'un ou des deux ovaires (Institut National du Cancer, s.d.).

³¹ Intervention qui consiste à créer un néopénis en libérant l'attache du clitoris à l'os pubien (le ligament suspenseur) et l'attache liée à l'urètre, et éventuellement à étendre l'urètre jusqu'au gland pour permettre une miction phallique (Genres Pluriels, 2015 ; Heston et al., 2019, p.1).

³² Intervention qui « consiste en la construction d'un scrotum sur base des petites lèvres et par l'insertion d'implants en silicone. Celle-ci peut être effectuée lors d'une intervention ultérieure » (Genres Pluriels, 2015, paragr.5).

³³ Opération de chirurgie plastique qui vise à créer une structure ressemblant à un pénis (Heston et al., 2019, p.1). Elle « consiste en la construction d'un pénis par un lambeau de peau prélevé sur une zone donneuse (généralement l'avant-bras, parfois la cuisse, la zone latérale du torse ou l'abdomen) » (Genres Pluriels, 2016, paragr. 2). En fonction des souhaits du patient concernant la façon dont il veut uriner (à partir de l'extrémité du pénis ou pas), l'urètre sera étendu jusqu'à son extrémité. En fonction de ses souhaits concernant la fonction érectile de son pénis, une prothèse érectile peut être rajoutée, quant au tissu clitoridien il est conservé à la base du pénis puis peut être prolongé par la greffe d'un nerf (Genres Pluriels, 2016 ; Heston et al., 2019).

La mesure dans laquelle, les personnes qui ont eu recours à une chirurgie génitale d'affirmation du genre, peuvent génétiquement contribuer à un enfant ou porter une grossesse dépendra des techniques chirurgicales utilisées³⁴ (Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

Il est donc important que les prestataires discutent des options de fertilité avec les patient.e.s transgenres avant toute démarche médicale souhaitée dans le processus de transition (Besse et al., 2020). Les options de fertilité pour les hommes transgenres qui souhaitent avoir des enfants génétiquement apparentés comprennent la cryoconservation³⁵ d'embryons ou d'ovocytes (de préférence avant tout traitement à la testostérone). Ces options peuvent permettre aux hommes transgenres qui ne peuvent pas ou plus (en raison d'une intervention) ou qui ne souhaitent pas porter une grossesse, d'entamer un processus de PMA avec leur partenaire en tant que gestateur.trice (Obedin-Maliver et Makadon, 2016). Les chercheur.se.s notent que la préservation précoce de la fertilité avant les chirurgies d'affirmation de genre et la transition hormonale présentent des avantages. Cependant, les adolescent.e.s qui décident de recourir à des services de santé transspécifique n'envisagent souvent pas encore leur fertilité et doivent prendre des décisions importantes sur la préservation de cette dernière à un âge précoce (Besse et al., 2020). Il a notamment été révélé que pour les jeunes personnes transgenres qui décident d'effectuer une transition médicale, ce sont leurs parents qui se préoccupent de la préservation de la fertilité plutôt qu'elles-mêmes. Des préoccupations éthiques peuvent alors survenir quant à la prise de décision des mineur.e.s, en particulier lorsque les décisions de fertilité de l'adolescent.e ne correspondent pas à celles d'un parent. En outre, une telle décision peut avoir lieu lorsqu'une personne n'est pas suffisamment stable financièrement pour assumer le coût d'un processus de préservation de la fertilité (Besse et al., 2020).

³⁴ Le sujet de ce TFE n'étant pas les différents chirurgies masculinisantes, je ne les décrirai pas plus précisément, celles-ci sont très bien détaillées dans la brochure identité de genre de Genres Pluriels (accessible sur leur site internet et dans la bibliographie de ce travail sous le nom Dufrasne, A., Lucthiviste, L. Nisol, M. et Werler, A.) à partir de la page 49.

³⁵ La cryoconservation permet de congeler les ovocytes et embryons (CHUV, 2018).

Bien que la transidentité n'interfère pas avec le désir de procréation, elle peut influencer la perception des options disponibles pour devenir parent ainsi que la façon dont est perçue la signification de la famille et de la parentalité, en raison des associations courantes entre la grossesse et les femmes cisgenres. À l'instar des personnes cisgenres, la décision de tomber enceint et d'avoir un enfant est une décision profondément personnelle pour les hommes transgenres. Ils citent les mêmes raisons que leurs homologues cisgenres pour vouloir avoir des enfants, notamment l'intimité, la formation d'une famille et la reconnaissance sociale. Néanmoins, pour les hommes transgenres le processus de décision de devenir enceint est complexifié par leurs craintes liées à la discrimination, la stigmatisation et d'autres conséquences que l'expérience de la grossesse peut avoir sur leur corps, leur santé et leur bien-être (Besse et al., 2020). Dans l'étude « Être une personne transgenre en Belgique, Dix ans plus tard », les hommes transgenres citent notamment comme obstacles ayant empêché la concrétisation de leur désir reproductif (plusieurs réponses étaient possibles), « la crainte de discrimination vis-à-vis de l'enfant » (34,2%), « la crainte de discrimination en tant que parent transgenre » (28,4%) ou encore « assumer la grossesse en tant qu'homme transgenre » (21,6%) (Motmans et al., 2017, p.68).

Ces obstacles importants à l'accès aux services de santé reproductifs existent toujours dans un contexte où l'OMS a pour objectif « d'ici à 2030, [d'] assurer l'accès universel aux services de soins de santé [...] reproductive » (Calderón-Jaramillo et al., 2020, p.2). Elle préconise pour y arriver de mettre en place des services de soins de santé centrés sur les besoins, identités et situations des personnes. Les services de santé reproductive doivent donc être modifiés dans le but d'accroître l'accès à des services de santé plus équitables, inclusifs et exempts de discrimination pour les personnes transgenres. Pour atteindre cet objectif, les prestataires de soins de santé doivent identifier les besoins non satisfaits en matière de santé reproductive de ce public spécifique. Ceci est difficile car la plupart des dossiers administratifs ne permettent pas l'identification des personnes transgenres. Elles sont donc invisibilisées dans les systèmes d'information et cela empêche de connaître plus en détail leurs situations, le contexte qui les entoure et leurs besoins et limites ainsi que la capacité à répondre à ces besoins en conséquence (Calderón-Jaramillo et al., 2020).

Toutefois, des études américaines principalement, ont fait ce travail en recueillant les témoignages d'hommes transgenres ayant été enceints. Ces études en ont conclu qu'ils avaient des besoins spécifiques par rapport à la population générale en matière de fertilité et de conception mais aussi de grossesse, ainsi que vis-à-vis de l'accouchement et la période post-partum. Ce sont ces derniers que nous allons maintenant décrire (Hoffkling et al., 2017).

Vu que nous sommes déjà en 2022 et que j'aspire à être une future prestataire de soin et plus particulièrement une sage-femme, j'ai choisi de m'intéresser aux besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité. En effet, d'après la définition de la sage-femme belge, elle « prend en charge [les personnes] durant la préconception, la grossesse, le travail l'accouchement, le postpartum et la petite enfance [...] au cours du processus reproductif et périnatal qui se déroule de façon normale » (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016, p.12). La périnatalité est définie par le Ministère de la Santé et de la Prévention comme :

l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. (2016, paragr. 1).

D'après l'OMS, néanmoins, la périnatalité correspond à la « période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance » (OMS cité dans Ministère de la Santé et de la Prévention, 2016, paragr. 2).

Afin de cibler mon travail et par soucis de pagination, j'ai décidé de trouver un entre deux à ces définitions et de me référer à celle-ci : « actuellement, le terme "périnatalité" couvre une période [qui] concerne tous les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2016, paragr. 3). Je vais donc maintenant me concentrer sur les besoins spécifiques des hommes transgenres durant ces 3 périodes.

III. Besoins spécifiques en périnatalité

1. En période pré-natale

1.2. Besoin d'affirmation de l'identité de genre et de l'état de grossesse

Les hommes transgenres décrivent - dans les divers témoignages recueillis sur leur expérience autour de la grossesse - des besoins spécifiques découlant de leur relation avec leur identité de genre, leur corps ou de la perception par les autres de leur corps pendant la grossesse. Le besoin d'affirmation de leur identité de genre et de leur état de grossesse est notamment revenu de manière significative (Hoffkling et al., 2017).

En effet, une fois enceints, l'une des principales préoccupations des hommes transgenres est de savoir comment révéler et gérer leur état de grossesse par rapport à leur identité de genre. Étant donné qu'une grossesse peut révéler l'identité transgenre d'une personne et entraîner des préjugés, les hommes transgenres doivent souvent décider de la manière dont ils veulent se présenter dans la société par rapport à leur état de grossesse (Besse et al., 2020).

En se présentant extérieurement comme homme transgenre enceint, le sentiment de bonheur intérieur peut accroître du fait de l'augmentation de l'affirmation interne de l'identité de genre et de l'expression de genre (Besse et al., 2020 ; Hoffkling et al., 2017). En revanche, Hoffkling et ses collègues (2017) ont constaté que les hommes transgenres peuvent se sentir mal à l'aise lorsqu'ils se présentent de façon inauthentique en tant que femme cisgenre ou dissimulent leur état de grossesse. C'est ce que décrit notamment ce participant de l'étude de Hoffkling et al., dans un des 10 interviews d'hommes transgenres ayant été enceints et ayant accouché qu'ils ont menés :

Je trouve que lorsque j'essaie de me normaliser, d'agir normalement ou d'être plus normal que je ne le suis, je deviens vraiment mal à l'aise et malheureux. Et ça n'aide personne. Alors, oui, le fait de le faire à ma façon et de savoir que je le faisais à ma façon a été une stratégie vraiment utile. (Hoffkling et al., 2017, p.10)

Néanmoins, la visibilisation du statut d'homme enceint peut accroître les cas de discrimination, de violence transphobe et de microagressions (Besse et al., 2020 ; Hoffkling et al., 2017). C'est pourquoi, certains hommes transgenres se font passer pour une femme cisgenre pendant toute la durée de la grossesse ou une partie et ne révèlent pas leur identité d'homme. Cette citation en témoigne :

[J'essayais] intentionnellement de passer inaperçu et de voler sous le radar. Je voulais être capable de me présenter comme un homme, mais j'ai pris cette décision [de me présenter comme une femme] à ce moment-là parce que j'avais peur. (Hoffkling et al., 2017, p.10)

Cette technique peut limiter la discrimination dont sont victimes les hommes transgenres enceints cependant elle est souvent préjudiciable à leur transition sociale (Besse et al., 2020 ; Hoffkling et al., 2017). Hoffkling et ses collègues (2017) ont notamment constaté que certains hommes transgenres enceints détestaient se retrouver dans des lieux publics car ils savaient qu'ils seraient perçus comme des femmes cisgenres. Bien qu'il y ait des avantages sociaux à passer pour une femme cisgenre par rapport à une personne transgenre dont notamment le soutien social, l'assistance physique et l'affirmation extérieure, cela peut également avoir un impact sur la transition sociale et la santé mentale des hommes transgenres (Besse et al., 2020 ; Hoffkling et al., 2017).

C'est pourquoi, de manières fréquentes, des hommes transgenres optent pour la stratégie de ne pas divulguer leur état de grossesse. En raison des croyances que la grossesse est une expérience réservée aux femmes, beaucoup d'hommes transgenres y parviennent car la société suppose que leur ventre enceint n'est qu'un "gros ventre d'homme" (Besse et al., 2020).

Parfois même, cela les surprend comme ce témoignage l'indique :

J'ai été vraiment agréablement surpris par la facilité avec laquelle les gens m'ont vu comme un homme obèse - je pensais que j'aurais vraiment du mal à être lu comme un homme, et je ne l'étais pas, du tout. » (Hoffkling et al., 2017, p.10).

Cependant, cette option limite leur accès au soutien social et aux ressources liées à la grossesse (Besse et al., 2020). Tout comme la stratégie consistant à passer pour une femme cisgenre, la dissimulation de la grossesse va à l'encontre de la capacité d'une personne à affirmer son identité de genre et son état de grossesse, ce qui peut avoir des effets néfastes sur sa santé mentale (Besse et al., 2020).

Ali décrit dans l'interview réalisé par Konbini, sa propre expérience concernant la visibilisation de son statut d'homme enceint :

Est-ce que je l'ai caché ? Non. Est-ce que je l'ai mis en avant ? Ça dépendait des moments. J'étais inquiet de la rage et de la transphobie des gens si on se rendait compte que j'étais un homme enceint. Mais globalement je me sentais tellement ancré et tellement puissant du choix qu'on avait fait que je n'étais pas effrayé. J'étais super fier. (Korbini, 2021, 02 : 00)

1.2. Besoin de recherche sur les effets de la prise de testostérone pendant la grossesse

Les participants de l'étude de Hoffkling et al. ont également exprimé, concernant leur expérience prénatale, leur frustration face au manque d'information sur les effets à court et à long terme de la testostérone sur la grossesse (2017).

Il existe notamment un manque de données relatives aux effets à court et à long terme de la testostérone sur le développement du fœtus (Obedin-Maliver et Makadon, 2016). En effet, dans le Guide de Santé Sexuelles pour personnes Trans* et leurs Amant.e.s rédigé par Genres Pluriels et Ex Aequo, il est mentionné que « s'il y a arrêt de la testostérone, l'ovulation peut reprendre au bout d'un moment (parfois un an) et les ovules gardent leur qualité et il n'y a pas de risques supplémentaires de malformations du fœtus » (Genres Pluriels et Ex Aequo, 2019, p. 59). Néanmoins, lorsque celle-ci n'est pas arrêtée, de gros risques de malformations sont à prévoir (Genres Pluriels et Ex Aequo, 2019).

Ces informations ne proviennent pas de recherches puisque comme le mentionne les auteur.e.s, il n'y en a pas encore eu à ce sujet mais ont été obtenues auprès de médecins qui ont apporté leur soutien à l'élaboration de ce guide (Genres Pluriels et Ex Aequo, 2019). En effet, au cours de mes recherches, plusieurs articles que j'ai étudié mentionnent son effet tératogène mais n'expliquent pas à partir de quelle étude cette information a été obtenue (Obedin-Maliver et Makadon, 2016 ; García-Acosta et al., 2019). La seule étude qui s'est intéressée à l'utilisation exogène de testostérone pendant la grossesse a été effectuée sur des modèles animaux limités et c'est sur base de celle-ci qu'on suppose que la prise de testostérone peut androgéniser le fœtus (Monica Hahn, 2019). Néanmoins, comme nous le rappelle Monica Hahn et ses collègues, il n'existe pas d'études humaines bien étayées sur le sujet (2019).

D'autres études suggèrent, quant à elles, qu'un niveau élevé de testostérone endogène chez les personnes enceintes est associé à un poids de naissance réduit. C'est le cas de l'étude de Voegtline et al. qui a examiné l'association entre le taux de testostérone salivaire à 36 semaines de gestation et le poids de naissance dans un groupe de 49 personnes enceintes en bonne santé et leur progéniture. D'autres complications pendant la grossesse ont été auto-déclarées dans le cadre de cette étude, notamment l'hypertension (12%), le travail prématué (10%), le décollement placentaire (10%) et l'anémie (7%). Néanmoins, les résultats de l'étude ont été limités par un petit échantillon et des résultats rétrospectifs autodéclarés (Voegtline et al. cité dans Obedin-Maliver et Makadon, 2016, p.6).

Le rôle de la testostérone dans la genèse des complications obstétricales n'est donc toujours pas clair. Néanmoins, ces résultats annoncent des considérations importantes pour les recherches futures et la pratique clinique notamment pour l'accouchement (Obedin-Maliver et Makadon 2016).

2. Liés à l'accouchement

2.1 Besoin de contrôle / choix vis-à-vis de l'organisation de l'accouchement

D'après les études sur les expériences d'hommes transgenres pendant l'accouchement, nombre d'entre eux affirment que le sentiment de contrôle est l'un des aspects les plus importants de l'accouchement. Ce besoin de contrôle s'exerce par le choix du lieu d'accouchement, du/de la professionnel.le qui le pratique et du mode d'accouchement quand cela est possible (Besse et al., 2020).

Le choix du lieu et de la manière de mettre au monde un enfant sont des décisions très complexes, profondément personnelles, qui tiennent compte de nombreux facteurs différents. Pour les hommes transgenres, ces facteurs peuvent se traduire par les préoccupations liées à la discrimination, ainsi que les différentes façons dont ils peuvent percevoir leur corps par rapport au processus d'accouchement (Besse et al., 2020).

La peur est souvent un aspect central de l'accouchement que ce soit dans les expériences de nombreuses personnes et/ou dans les attentes qu'il suscite (Besse et al., 2020). Pour les hommes transgenres, la peur peut être plus grande que pour les personnes cisgenres. D'une part, ils peuvent partager les peurs de nombreuses femmes cisgenres sur la douleur du processus, les complications de l'accouchement et la bonne santé de l'enfant à naître (Besse et al., 2020). D'autres part, l'une des inquiétudes spécifiques des hommes transgenres concernant le processus d'accouchement est la crainte d'un traitement transphobe. Les patients rapportent des expériences au cours desquelles on leur a dit qu'ils ne pouvaient pas vraiment être des hommes transgenres s'ils étaient en train d'accoucher (Besse et al., 2020). De plus, dans un contexte d'hospitalisation, une discrimination administrative s'exerce par l'utilisation de bracelets hospitaliers indiquant « le sexe » de la personne notamment comme « féminin ». Ces exemples administratifs auxquels peuvent s'ajouter des commentaires/actions transphobes des prestataires de soins et des autres membres du personnel hospitalier sont susceptibles de créer une expérience négative globale de l'accouchement (Besse et al., 2020).

En raison de ces préoccupations, de nombreux hommes transgenres font l'expérience d'hypervigilance pendant l'accouchement (Besse et al., 2020). L'hypervigilance dans le contexte de l'accouchement peut prendre la forme d'une surveillance accrue des actions menées par le personnel pendant l'accouchement et d'une incapacité à se détendre. Il s'agit souvent d'un comportement influencé par des expériences antérieures de traitement discriminatoire (Besse et al., 2020). Non seulement les hommes transgenres peuvent être hypervigilants quant aux actions du personnel médical, mais ils peuvent également avoir des inquiétudes concernant le jugement des autres patient.e.s présent.e.s en salle de travail et d'accouchement ou à l'hôpital (Besse et al., 2020). L'accouchement des hommes transgenres n'étant pas normalisé, les préjugés peuvent se traduire par des microagressions de la part des autres patient.e.s, impactant directement l'expérience de l'accouchement pour les hommes transgenres. Cette situation peut entraîner une méfiance à l'égard des hôpitaux et ainsi inciter les hommes transgenres à choisir d'éviter d'accoucher à l'hôpital (Besse et al., 2020).

La peur de l'accouchement chez les hommes transgenres est souvent accentuée par l'expérience de vulnérabilité que représente la naissance elle-même (Besse et al., 2020). En effet, il existe un cumul de vulnérabilités, non seulement une vulnérabilité physique due à la nature de l'accouchement, mais aussi une vulnérabilité émotionnelle causée par la douleur qui accompagne généralement le processus de naissance. L'accouchement peut donc priver une personne de tout contrôle et la rendre incapable de défendre ses intérêts pendant le travail (Besse et al., 2020). Les hommes transgenres craignent souvent d'être piégés jusqu'à la fin de l'accouchement du fait de cette perte de contrôle dans un milieu hospitalier discriminatoire qui ne leur prodiguent pas des soins appropriés (Besse et al., 2020). Dans l'étude qualitative de Malmquist et de ses collègues (2019), les hommes transgenres ont indiqué que le fait de se sentir vulnérable peut donner aux prestataires de soins de santé plus d'occasions de leur causer du tort, ce qui aide à contextualiser les raisons pour lesquelles ils prennent certaines décisions concernant le lieu et la façon dont ils souhaitent accoucher (Besse et al., 2020).

En raison de la peur des traitements transphobes, ils peuvent également prendre des décisions concernant les professionnel.le.s qu'ils sollicitent pour leur accouchement (Besse et al., 2020). En effet, la peur des comportements discriminatoires des médecins peut conduire les hommes transgenres enceints à choisir un.e infirmier.e/sage-femme pour leur accouchement. Le modèle de profession de ces dernièr.e.s étant moins médicalisé, il pourrait ainsi donner plus de contrôle aux hommes transgenres sur leurs propres expériences d'accouchement (Besse et al., 2020). En effet, ils décrivent être souvent amenés à choisir une sage-femme ou une doula pour les accompagner afin de leur permettre d'exercer ce contrôle. Light et ses collègues (2014) ont constaté, par le biais d'une enquête menée auprès de 41 hommes transgenres ayant accouché, que 44 % des participants n'avaient pas accouché avec des médecins mais d'autres professionnel.le.s de la périnatalité dont principalement des infirmier.e.s/sages-femmes (Besse et al., 2020).

Un autre aspect unique de l'accouchement pour les hommes transgenres provient de la relation qu'ils entretiennent avec leur corps et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. En plus de la peur de la douleur et des traitements discriminatoires, de nombreux hommes transgenres se méfient de la transphobie intériorisée, qui peut être intensifiée par et pendant le processus d'accouchement. Afin de faire face aux peurs associées à leur corps, de nombreux hommes préfèrent la césarienne, ils considèrent qu'il s'agit d'un meilleur choix émotionnel pour leur accouchement (Besse et al., 2020). La césarienne peut réduire le sentiment de transphobie intériorisé parce que la personne n'est pas très consciente de la présence de son vagin, ce qui lui permet de se dissocier du processus d'accouchement (Besse et al., 2020). Cependant, certains hommes transgenres ont déclaré préférer l'accouchement par voie vaginale car ils estimaient qu'il s'agissait d'une expérience plus significative. L'accouchement par voie vaginale peut donner à certains hommes transgenres le sentiment que leurs organes reproducteurs ont une raison d'être et les rapprocher de leur nouveau-né (Besse et al., 2020).

Les résultats obtenus par la méta-analyse menée par García-Acosta et al. indiquent une proportion plus élevée de césariennes par choix, principalement chez les hommes transgenres ayant déjà pris des hormones et considérant l'accouchement vaginal comme une expérience perturbante (2019, p.5). Ces résultats sont confirmés par l'étude de Light et al., en effet, un plus grand nombre d'hommes transgenres (36%) qui avaient utilisé de la testostérone ont accouché par césarienne par rapport à ceux qui n'en avaient pas utilisé (19%). De plus, parmi le groupe qui avait utilisé la testostérone, 33% des individus ont accouché par césarienne suite à leur demande, contre 0 parmi ceux qui n'avaient pas utilisé la testostérone. Bien que ces résultats ne soient pas statistiquement significatifs, il convient de s'intéresser de plus près aux facteurs qui influencent le mode d'accouchement des hommes transgenres (Obedin-Maliver et Makadon 2016). En prenant en considération, également, que certaines procédures utilisées dans le cadre de l'affirmation du genre, telles que la métoïdioplastie, la scrotoplastie ou la phalloplastie nécessitent des recherches supplémentaires pour savoir si elles affectent le pronostic d'un accouchement voie basse (Hoffkling et al., 2017).

En ce qui concerne la perception de leur corps et le processus d'accouchement, de nombreux hommes transgenres mettent également l'accent sur l'intimité et la limitation du nombre d'examens du col de l'utérus pendant le travail. Ces préoccupations peuvent les amener à choisir une structure non médicale et non hospitalière, car les médecins ne sont pas forcément disposé.e.s à modifier les protocoles relatifs aux examens du col de l'utérus et il peut être plus difficile d'obtenir une chambre privée dans un hôpital (Besse et al., 2020). En effet, d'après les résultats de la méta-analyse d'Obedin-Maliver & Makadon, beaucoup d'hommes transgenres interviewés ont exprimé le désir de ne pas être hospitalisés (2016). C'est notamment le cas d'un participant de l'étude de Hoffkling et al. qui a déclaré : « Je n'ai jamais vraiment voulu faire un accouchement à domicile... Je n'allais faire un accouchement à domicile que par peur de la façon dont l'hôpital ne pourrait pas s'occuper de moi. » (2017, p.13). Ici, nous voyons un patient éviter une prise en charge hospitalière par peur de la transphobie, de la discrimination et des expériences invasives (Hoffkling et al., 2017).

La crainte d'une prise en charge inadéquate et l'hypervigilance associée, ainsi que les craintes liées à l'accouchement, peuvent entraîner des conséquences négatives sur la santé mentale (Besse et al., 2020). Considération importante à prendre en compte pour la période post-natale étant donné le risque de dépression du post-partum après l'accouchement (Hoffkling et al., 2017).

3. Besoins spécifiques liés à la période post-natale

3.1. Besoin d'information éclairée sur les effets à court et à long terme de la testostérone sur l'allaitement

Au cours de la période postnatale, de nouvelles considérations surgissent en même temps que d'anciennes. En effet, les hommes transgenres décrivent, de nouveau, leur frustration face au manque d'information sur les effets à court et à long terme de la testostérone, cette fois-ci concernant l'allaitement, ainsi que le besoin d'en recevoir (Hoffkling et al., 2017). En période post-natale, certains hommes transgenres décideront notamment si et quand commencer ou recommencer à prendre de la testostérone. Pour prendre cette décision, ils ont besoin d'information éclairée concernant la reprise d'un traitement hormonal masculinisant en post-partum (Hoffkling et al., 2017).

Pour ceux qui souhaitent nourrir leur enfant avec leur lait, et c'est le cas de beaucoup d'entre eux, le rétablissement d'un traitement hormonal à base de testostérone après l'accouchement peut interférer avec les hormones nécessaires à la production de lait. C'est notamment le cas pour la prolactine, l'insuline et l'hydrocortisone (García-Acosta et al, 2019). En effet, la testostérone diminue le taux de prolactine sérique et pourrait donc supprimer partiellement la production de lait surtout si elle est administrée avant que cette dernière soit bien établie (Kirczenow MacDonald, 2019, p.2). L'utilisation de la testostérone semble néanmoins sûre pour les nouveau-nés car elle n'est pas excrétée de manière significative dans le lait. (García-Acosta et al, 2019). En effet, elle aurait une faible biodisponibilité orale (Kirczenow MacDonald, 2019).

Si un homme transgenre nourrit son enfant avec son torse ou pompe son lait, le/la prestataire doit l'aider à évaluer les risques possibles pour l'enfant par rapport aux avantages de la testostérone pour le patient. Exclure la prise de testostérone pendant la production de lait, quel que soit le bénéfice pour le parent, est une approche qui prime un effet inconnu et peut-être faible sur l'enfant par rapport à un bénéfice significatif connu pour le parent. Ces risques et avantages relatifs, ainsi que l'incertitude médicale entourant ces décisions, doivent donc être présentés et discutés avec les patients dans une optique de réduction globale des risques (Hoffkling et al., 2017).

Le choix pour les hommes transgenres de nourrir leur enfant via leur production de lait, est personnel. Certains reconnaissent qu'il s'agit d'un tournant et décrivent cette expérience comme angoissante et pouvant entraîner des sentiments de transphobie intérieurisée de par son rôle traditionnellement féminin. D'autres, en revanche, l'associent à une forme naturelle d'attachement et de renforcement du lien avec leur nourrisson (García-Acosta et al, 2019). Il convient donc de mettre en balance les avantages bien connus pour la santé de l'allaitement avec les défis médicaux, chirurgicaux, logistiques et sociaux que cela peut représenter pour un homme transgenre. La façon dont un parent nourrit son enfant doit être un choix personnel éclairé, soutenu par les prestataires de soins de santé, comme pour tout parent (Obedin-Maliver et Makadon 2016, p.6). La capacité d'un individu à faire un choix de vie stratégique significatif repose sur le fait qu'il est correctement informé des conséquences probables de ces choix. Les prestataires de soins jouent un rôle essentiel dans la prise de décision médicale, fondée sur le partenariat avec leurs bénéficiaires de soins, en abordant la question de l'alimentation future de leur nouveau-né (Hoffkling et al., 2017, p.15).

3.2. Besoin de conseils pour l'allaitement suite à une torsoplastie

Les hommes transgenres ont un besoin spécifique de conseils, en termes de production de lait et de position d'allaitement lié aux effets d'éventuelles chirurgies d'affirmation du genre lorsqu'elles ont été souhaitées et entreprises (Hoffkling et al., 2017).

Trevor MacDonald a constaté que la majorité des hommes transgenres choisissent d'entreprendre un processus chirurgical de torsoplastie (García-Acosta et al, 2019). Dans l'étude menée par lui et ses collègues, 9 des 22 participants y avait eu recours (MacDonald et al., 2016). Cette intervention diffère d'une mastectomie ou d'une réduction mammaire conventionnelle dans la mesure où l'objectif est de créer un torse masculin, en conservant une partie de la glande mammaire, ce qui permettra une éventuelle production de lait futur. L'approche "périaréolaire", dans laquelle les mamelons restent intacts, semble montrer de meilleurs résultats dans les lactations futures, contrairement à l'approche "double incision", qui inclut des greffes de tétons, réduit la sensibilité et ne garde pas toujours les canaux lactifères intacts (García-Acosta et al, 2019).

Pour les hommes transgenres qui ont effectué une torsoplastie avant leur grossesse et qui choisissent d'allaiter, la prise adéquate du téton et de l'aréole par l'enfant constitue un des défis principaux (Kirczenow MacDonald, 2019).

Selon les différentes techniques chirurgicales effectuées et les caractéristiques individuelles de chacun, il y a des degrés variables de tissu mammaire qui se développent pendant la grossesse. Quand le torse est davantage plat et la peau tendue, la prise du téton et de l'aréole peut être plus difficile, auquel cas la personne peut être encouragée à mouler le tissu avec sa main ou utiliser une téterelle si cela l'aide (Kirczenow MacDonald, 2019). De plus, la position d'allaitement est essentielle, car, par exemple, en position couchée, le tissu mammaire s'étire, rendant ainsi la succion difficile pour le/la nouveau-né.e. La "position du rugby" (Annexe VII) et la "position de la madone inversée" (Annexe VIII) sont les positions recommandées. Il convient de mentionner que la succion est particulièrement difficile si les individus ont eu recours à la technique de la double incision (García-Acosta et al., 2019).

Parmi les hommes transgenres qui ont déjà entrepris une torsoplastie, le second défi pour l'allaitement est la production suffisante de lait. Dans l'étude de Hoffkling et al., certains ont produit suffisamment de lait et ont nourri leur enfant pendant plus de 6 mois, d'autres ont expérimenté une augmentation du tissu mammaire mais n'ont pas produit de lait, et d'autres encore n'ont expérimenté ni l'un ni l'autre (Hoffkling et al., 2017). L'utilisation d'une aide à la production de lait ou de galactophores peut être discutée en cas de production de lait insuffisante (Kirczenow MacDonald, 2019). De plus, des participants de l'étude de MacDonald et al. ont cité qu'ils regrettaiient le manque d'information apporté par les prestataires de soins de santé concernant le lait de donneur.se, comme dans ce témoignage :

Je ne savais pas que les gens pouvaient avoir du lait de donneur.se [...] C'est une autre chose dont les personnes transgenres devraient être informées pendant leurs soins prénataux, que cela est disponible et comment éduquer à ce sujet [Adam]. (MacDonald et al., 2017, p.12)

Dans tous les cas, il est essentiel d'expliquer, afin de soutenir cette démarche, que toute quantité de lait produite est importante, même si ce n'est que quelques gouttes et qu'il ne s'agit pas seulement de donner du lait mais qu'il faut accorder plus d'importance à l'établissement d'un lien parent-enfant (García-Acosta et al, 2019). De plus, il est important de rappeler que le stress a une influence négative sur le volume de lait produit, la fréquence de l'allaitement et le moment ainsi que la durée de la première alimentation après la naissance (Doulougeri, Panagopoulou et Montgomery cités dans Kirczenow MacDonald, 2019). En sachant que le fait d'être mégenré est rapporté par les patients transgenres comme étant un événement très stressant, de même que les nombreuses discriminations subies, ces occurrences stressantes pourraient également affecter négativement la production de lait (Kirczenow MacDonald, 2019).

Selon Obedin-Maliver et Makadon, ce qui ressort clairement de l'expérience des hommes transgenres enceints c'est qu'une expérience périnatale positive dépendra de l'expérience vécue par une personne dès sa première consultation et du fait que l'expérience totale, du début à la fin, soit inclusive (2016).

C'est pourquoi, nous allons maintenant décrire les besoins spécifiques des hommes transgenres qui s'appliquent aux trois périodes périnatales indifféremment : les besoins transversaux en périnatalité qui, si l'on y répondait de manière efficace, favoriseraient une expérience périnatale positive.

4. Besoins transversaux

4.1. Besoin de reconnaître les expériences de périnatalité des hommes transgenres dans les établissements d'obstétriques et les institutions

Dans leur méta-analyse, Besse et al. estiment que les hommes transgenres ont besoin d'établissements obstétrique qui tiennent compte du genre et qui mettent à disposition des documents d'accueil inclusifs (2020). En effet, les espaces dédiés aux pratiques obstétricales et gynécologiques s'adressent seulement aux femmes cisgenres par le biais de leur documentation, de leurs brochures, de leur décor et de leurs toilettes genrées. La plupart des hommes transgenres enceints doivent entrer dans ces espaces pour recevoir des soins et ces aspects peuvent les mettre mal à l'aise (Besse et al., 2020). En outre, bon nombre de ces espaces sont appelés "cliniques pour femmes", ce qui peut être très ostracisant pour une personne qui ne s'identifie pas comme une femme (Besse et al., 2020).

Les établissements d'obstétrique peuvent faire subir aux hommes transgenres enceints des violences administratives et ce de plusieurs manières (Besse et al., 2020, p.7).

Premièrement, la mise à disposition de formulaires d'admission écrits en langage non-inclusif et comprenant des catégories de genre limitées et binaires en constitue une (Besse et al., 2020). Dans le documentaire britannique intitulé "Seahorse" sur l'expérience d'un homme transgenre en périnatalité, Freddy reçoit son carnet de grossesse lors de sa première consultation prénatale et doit prendre le temps de barrer toutes les mentions genrées de ce dernier. On peut notamment observer des documents, sur lesquels il est écrit : « Une échographie est proposée à toutes les femmes enceintes », et « Les futures mères peuvent prendre des cours et se préparer à l'accouchement » (Finlay, 2019, 46 : 30).

Lorsque Freddy corrige ces mentions avec des mots neutres tels que "parent", "personne", il avoue : « Quand ils ont l'air officiels, ça me fait bizarre de les corriger » (Finlay, 2019, 46 : 10) ; « C'est assez brutal de rayer " elle " et " sa " - j'aimerais juste ne pas avoir à le faire » (Finlay, 2019, 46 : 24) ; « Bon au moins, ils s'adressent à moi correctement » (Finlay, 2019, 46 : 57) c'est-à-dire par son prénom. Ce qui n'est pas le cas pour tous les systèmes d'enregistrement. En effet, nombre d'entre eux n'ont pas la capacité de faire la différence entre le prénom légal d'une personne et le prénom qu'elle utilise (Hoffkling et al., 2017). Les systèmes devraient donc être modifiés et spécifiés pour poser les questions relatives à l'identité de genre des patient.e.s ainsi que leur prénom, prénom(s) et accords préférés avec précision tout en traitant ces informations de manière confidentielle et avec discrétion (Obedin-Maliver et Makadon, 2016). A titre d'exemple, dans leur article sur les maisons médicales friendly, Vanheuverzwijn et Schiemskey expliquent comment les maisons médicales Knal Santé à Molenbeek et Kure & Care à Anderlecht ont tenté d'adapter leur fonctionnement pour être plus accessibles aux personnes transgenres (2019). Ce qui va nous intéresser plus particulièrement dans cet article est la façon dont ces structures se sont organisées pour leur accueil. Le bureau de l'accueil se situe dans la salle d'attente, c'est pourquoi par souci de confidentialité, les informations qui y sont demandées sont restreintes. Les nouveaux dossiers y sont créés mais ils sont limités à l'essentiel, ce sera le/la soignant.e qui le complètera en consultation (Vanheuverzwijn et Schiemskey, 2019).

Le personnel de l'accueil a été formé à rester neutre c'est-à-dire à ne pas employer de civilités telles que "monsieur" ou "madame" lors du premier contact de prise de rendez-vous. De plus, à cette occasion, il indique en commentaire du rendez-vous si la personne a été envoyée par Genres Pluriels afin que les collègues qui poursuivent la démarche au sein de la structure soient d'autant plus attentif.ve.s à être inclusif.ve.s (Vanheuverzwijn et Schiemskey, 2019). L'étude de Hoffkling et al. a également établi des recommandations pour l'accueil des hommes transgenres au sein des cliniques d'obstétrique (Annexe IX).

Deuxièmement, les hommes qui ont besoin de services obstétriques (par exemple, des soins prénataux ou post-partum) sont souvent confrontés à des difficultés pour réserver ou facturer ces services car les systèmes informatiques et de classement sont genrés (Hoffkling et al., 2017). C'est notamment le cas de l'INAMI en Belgique. En effet, si un individu apporte un changement de marqueur de genre M/F sur sa carte d'identité comme le lui permet la loi du 25 juin 2017, certains remboursements ne sont plus envisageables du fait des codes genrés de l'INAMI (Dufrasne, 2019). C'est ce que décrit également Ali dans son témoignage : « Le refus de soin, ça vient du fait que mon numéro de sécu commence par un 1 et que du coup c'était déconnant pour les nomenclatures de remboursement parce qu'un remboursement de grossesse ne se fait qu'à des numéros 2³⁶ » (Allezard et Gross, 2021, 10 : 24).

Enfin, la plupart des hommes interrogés dans le cadre de l'étude de Hoffkling et al. ont déclaré qu'il était difficile, voire impossible, d'être inscrit comme "père" sur le certificat de naissance de leur enfant, bien qu'il s'agisse de leur identité parentale. Certains ont dû entreprendre une bataille juridique, ou même adopter leurs propres enfants, afin d'être reconnus légalement comme pères (Hoffkling et al., 2017). De plus, plusieurs participants ont rapporté que les services sociaux avaient menacé ou tenté de leur retirer la garde de leurs enfants, même avant la naissance et, dans un cas, pendant des années après en raison de leur parentalité transgenre (Hoffkling et al., 2017).

³⁶ Le numéro 1 correspondant au sexe mâle et le numéro 2 au sexe femelle dans la nomenclature de la sécurité sociale française (Allezard et Gross, 2021).

C'est ce que décrit Ali dans son témoignage « Je pense qu'il y a toujours un risque que des personnes malveillantes [...] puissent nous coller la protection de l'enfance sur le dos » (Konbini, 2021, 04 : 05). Concernant l'établissement du lien de filiation avec l'enfant dont il a accouché, il déclare que « c'est la première fois concernant un mec trans enceint qui accouche avec un état civil modifié » (Konbini, 2021, 03 : 00) mais il avoue qu'ils ont « eu de la chance d'avoir bien préparé ça et d'avoir des procureurs qui ont fait le choix de nous protéger tous les trois » (Konbini, 2021, 02 : 51).

Dans l'ensemble, les participants de l'étude de Hoffkling et al. ont estimé que ces conditions combinées transmettent le message que leur vie ne peut pas exister au sein du système et que leur identité ne compte pas (2017). En effet, ces décisions administratives impliquent que les grossesses des hommes transgenres sont anormales et participent à leur isolation et invisibilisation (Besse et al., 2020).

La transphobie systémique dans les systèmes de soins de santé est omniprésente, notamment en périnatalité comme nous avons pu le décrire dans ce travail. Elle peut prendre la forme d'un effacement institutionnel, de violences administratives et de microagressions. Elle est cependant souvent illustrée par les interactions entre les prestataires de soins et les patients (Besse et al., 2020).

4.2. Besoin de formation aux transidentités pour les professionnel.les de la périnatalité

Les professionnel.le.s manquent souvent de formation en matière de santé transspécifique (Besse et al., 2020, Hoffkling et al., 2017). Lorsqu'ils n'ont pas eu accès à une telle formation, les patient.e.s transgenres sont souvent victimes de microagressions et de conversations gênantes de leur part. Or, ces dernières peuvent façonner les expériences de soins de santé des hommes transgenres en périnatalité et influer sur la probabilité qu'ils continuent à se faire soigner ou qu'ils divulguent toutes les données médicales nécessaires à leurs soins (Besse et al., 2020, Hoffkling et al., 2017). Le besoin de formation aux transidentités des prestataires de soins constitue donc un besoin spécifique des hommes transgenres en périnatalité (Besse et al., 2020, Hoffkling et al., 2017).

Comme l'affirment Sumerau et Mathers, il est important d'examiner les expériences des hommes transgenres avec les professionnel.le.s de la santé afin d'améliorer les soins pour le futur (Sumerau et Mathers, cités dans Besse et al., 2020). C'est ce que Hoffkling et al. ont effectué dans leur enquête en établissant une longue liste de façons dont les prestataires de soins ont été responsables de microagressions dans leurs interactions (Hoffkling et al., 2017).

Tout d'abord, les participants de leur enquête ont décrit des situations au cours desquelles des prestataires de soins ont fait des suppositions sur leur identité de genre en s'adressant à eux en utilisant un prénom (légal plutôt que celui d'usage), un titre / une civilité, des pronoms et accords non adaptés (Hoffkling et al., 2017). Ils ont également rapporté que lorsque des formulaires permettaient aux patient.e.s d'indiquer leur genre avec précision, de nombreux/ses prestataires ne se référaient pas à ces formulaires lors des visites (Hoffkling et al., 2017). L'un d'eux décrit notamment que « Dans cette clinique, c'était toujours "madame" ceci et "madame" cela. » (Hoffkling et al., 2017, p.12).

Un autre participant explique que c'est ce qu'il ne faut surtout pas faire :

Mais surtout, ne faites pas de suppositions. C'est le plus important. [...] Cela doit sembler bizarre pour beaucoup de personnes qui s'occupent de femmes enceintes parce qu'ils/elles/iels vont penser, qu'est-ce que tu veux dire ? Si quelqu'un est enceint.e, alors ce doit être une femme. Je réponds : "Non, ce n'est pas vrai." Je pense que si l'on pouvait faire en sorte que les gens comprennent ça, alors cela voudrait dire qu'on aurait fait beaucoup de progrès. (Hoffkling et al., 2017, p.13)

Il existe un verbe pour décrire ces situations : mégenrer. Le fait qu'un.e prestataire de soins mégenre un.e patient.e peut sembler être une petite erreur pour la/le prestataire, alors que pour le/la patient.e, cela peut lui rappeler les milliers de fois où son identité a été dénigrée. La littérature sur les microagressions suggère que les comportements biaisés, qui, individuellement, semblent d'importance mineure, peuvent devenir puissamment aversifs dans l'expérience ressentie par une personne qui subit ces comportements de manière répétée (Hoffkling et al., 2017).

En effet, dans l'étude menée par Hoffkling et al., les hommes transgenres ont systématiquement décrit le fait d'être vu et traité comme un homme avec l'utilisation systématique de leur prénom d'usage et de pronoms masculins comme étant un besoin essentiel pour leur sentiment de sécurité émotionnelle et de bien-être (2017).

L'utilisation par les prestataires de soins de pronoms et de prénoms corrects peut donc être un point de départ dans l'amélioration des soins transspécifiques. (Besse et al., 2020). C'est ce que défend Dufrasne en expliquant qu'un accueil bienveillant des personnes transgenres consiste à « respecter l'identité de genre des personnes, à savoir leur prénom social (qu'il figure sur leur carte d'identité ou non) et leur prénom de confort » (Dufrasne, 2019, p. 28).

Un autre principal problème documenté dans la littérature est l'altération de l'expérience des personnes transgenres. Il s'agit de faire sentir à une personne que son expérience est unique et intrinsèquement différente de celle de son entourage, et de laisser entendre que cette différence la rend inférieure. L'inexpérience ou l'ignorance des professionnel.le.s du soin est l'une des causes de l'altération de l'expérience de grossesse des hommes transgenres (Besse et al., 2020). Hoffkling et al. insistent donc sur le fait de ne pas identifier l'expérience de grossesse des hommes transgenres comme médicalement unique (2017) notamment suite à certains témoignages tel que ce celui-ci : « Je préfère vraiment que les prestataires de soins agissent comme si ce n'était pas exceptionnel [...] d'être trans.» (Hoffkling et al., 2017, p.14).

D'autres exemples de microagressions figurant parmi la liste établie par Hoffkling et al. comprenaient le fait de présumer connaître la forme des organes génitaux d'un patient sur base de son prénom ou de son visage et/ou de discuter de l'identité de genre comme si c'était une orientation sexuelle (Hoffkling et al., 2017). De plus, certains participants de l'étude ont également rapporté que des prestataires de soins ont procédé à des examens physiques apparemment inutiles - en particulier des examens pelviens - et ont posé des questions qui leur semblaient lascives, voyeuristes et superflues par rapport aux soins à prodiguer (Hoffkling et al., 2017).

Un participant a déploré le fait que certains professionnel.le.s présument qu'un patient a ou devrait avoir, une relation donnée avec son corps par le biais de cette déclaration « Cette sage-femme... m'a forcé à rentrer mes doigts à l'intérieur pour toucher la tête de mon bébé, même si je n'en avais clairement pas envi. » (Hoffkling et al., 2017, p.12). Les participants ont également décrit des commentaires qui se voulaient probablement affirmatifs ou positifs, mais qui ont eu pour effet de les faire se sentir comme des symboles, des objets. Par exemple, un participant a déclaré « Je ... n'aime vraiment pas quand les gens disent : « Alors, ça doit être tellement intéressant d'être trans » (Hoffkling et al., 2017, p.14) alors qu'un autre a raconté qu'une infirmière a dit « vous devriez passer sur l'émission d'Oprah » au milieu d'une procédure intime (Hoffkling et al., 2017, p.12).

Ces comportements sont liés à la formation des professionnel.le.s de la santé qui n'accorde que peu voire pas d'attention à la santé transspécifique ainsi qu'au fait que de nombreux/ses professionnel.le.s n'ont jamais accompagné un homme transgenre enceint. Par conséquent, nombre d'entre eux/elles/iels estiment qu'ils/elles/iels n'ont pas les ressources nécessaires pour les aider (Besse et al., 2020). Certains hommes transgenres ont notamment rapporté qu'ils avaient l'impression que leurs prestataires avaient peur de les aider car peur de mal faire les choses, et le malaise associé pouvait créer des expériences négatives pour eux (Besse et al., 2020). L'inexpérience des professionnel.le.s peut, surtout si c'est une information partagée au patient, le mettre mal à l'aise car cela laisse entendre qu'il est la première personne à vivre cette expérience. Il peut également s'inquiéter de la qualité des soins qu'il pourrait recevoir en raison de ce manque d'expérience (Besse et al., 2020).

Cependant, cela dépend de la réaction du/de la professionnel.le lorsqu'il/elle/iel sort de territoires familiers (Besse et al., 2020). Des hommes transgenres ont rapporté des expériences positives avec certain.e.s d'entre eux/elles/iels qui ont pris l'initiative personnelle de s'instruire. En effet, les participants appréciaient le fait que les praticien.ne.s ne s'attendent pas à ce que leurs patients leur enseignent les soins spécifiques à leur situation, mais qu'ils/elles/iels écoutent et apprennent lorsque c'était le cas (Besse et al., 2020).

L'enquête nationale sur la discrimination à l'égard des personnes transgenres a révélé qu'une personne transgenre sur deux avait besoin d'informer les prestataires sur la manière de la soigner. En l'absence d'une formation suffisante, même les prestataires de soins les mieux intentionné.e.s risquent de rater des occasions de fournir des soins transspécifiques appropriés (Hoffkling et al., 2017).

Afin de présenter une manière d'accompagner les personnes transgenres de façon adéquate, Genres Pluriels a mis en place une formation spécifique aux transidentités pour les professionnel.le.s de santé, les différents aspects abordés lors de celle-ci se trouvent en annexe IX (Dufrasne, 2019, p.30). De nombreuses études ont également élaboré des directives pour les soins dispensés aux hommes transgenres pendant la période périnatale (Annexe X, XII, XIII, XIV, XV). De plus, dans les cursus académiques notamment dans certaines facultés belges de médecine et d'autres structures qui forment les prestataires de soins de santé, on observe une évolution de la formation de ces dernièr.e.s par l'inclusion de cours et conférences spécifiquement consacrées à l'accompagnement des personnes transgenres (Dufrasne et Vico, 2020).

Il persiste, toutefois, un manque de connaissance en médecine en générale. Néanmoins, le fait d'être capable de faire la différence, en tant que prestataire, entre ce qu'il/elle/iel ne savait pas et cette lacune dans la recherche, a permis à certain.e.s d'instaurer une confiance avec leurs patients. Lorsque certaines informations n'étaient pas satisfaisantes car non fondées sur des données probantes, certain.e.s professionnel.le.s ont su discuter de cette incertitude avec leur patient et évaluer ensemble les risques associés notamment avec la prise de testostérone. Cette approche contraste avec celle adoptée par d'autres prestataires qui semblaient écarter par réflexe toute approche comportant un risque hypothétique (Hoffkling et al., 2017).

Dans l'ensemble, même si les participants souhaitaient que leurs prestataires soient en mesure de répondre à toutes leurs questions biomédicales, ce qui leur importait le plus était d'être acceptés et respectés pour qui ils étaient. En effet, quand les prestataires de soins étaient vigilant.e.s à ce sujet, cela changeait toute l'expérience pour les hommes transgenres, comme on peut le voir dans ce témoignage :

Et ils/elles/iels étaient super-conscients à ce sujet. Nous étions sur le côté, là où les gens ne pouvaient pas faire irruption. Et ils/elles/iels me consultaient avant que quelqu'un d'autre n'entre dans la pièce. Et ils/elles/iels utilisaient les bons pronoms. Et ils/elles/iels n'étaient pas bizarres à ce sujet. Ils/elles/iels ne m'ont pas posé de questions bizarres. C'était juste incroyable. J'étais juste époustouflé de voir à quel point ils/elles/iels étaient bon.ne.s à ce sujet. (Hoffkling et al., 2017, p.14)

Certains ont cependant eu du mal à trouver des prestataires avec lesquel.le.s ils se sentaient en sécurité (Hoffkling et al., 2017).

4.3. Besoin de pouvoir identifier à l'avance un.e prestataire de soin avec lequel/laquelle ils pourraient avoir une expérience périnatale positive

Un thème commun rapporté par les participants à l'étude de Hoffkling et al., est la difficulté des participants à identifier à l'avance un.e prestataire avec lequel/laquelle ils pourraient avoir une expérience positive (2017).

Certains ont réussi à trouver des professionnel.le.s respectueux.ses par l'intermédiaire de réseaux ou d'organisations de santé s'adressant spécifiquement aux personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. D'autres sont tombés sur un.e prestataire qui, au départ, n'était pas très bien informé.e mais qui s'est renseigné.e sur la manière de fournir des soins transspécifiques appropriés et avec qui, ils ont pu établir une bonne relation (Hoffkling et al., 2017). Beaucoup ont déclaré avoir eu un.e prestataire (souvent un.e prestataire de soins primaires ou un.e obstétricien.ne) avec lequel/laquelle ils avaient une bonne relation. Ces mêmes participants ont néanmoins continué à noter des difficultés avec d'autres prestataires, de sorte que le fait d'avoir un.e praticien.ne respectueux.ses n'atténue pas les autres expériences (Hoffkling et al., 2017).

Les professionnel.le.s de santé pourraient pallier à cette difficulté en fournissant des indices qui démontrent qu'ils/elles/iels ont reçu des formations transspécifiques et qu'ils/elles/iels accueillent des publics de genres divers, de façon appropriée. Ces indices peuvent aider les bénéficiaires de soins à prédire s'ils vont être mégenrés ou devoir faire face à des discriminations quand ils sont en recherche de soins (Kirczenow MacDonald, 2019). Un langage inclusif sur les sites web, les documents d'admission, les brochures d'informations et une signalétique inclusive dans les espaces de soins³⁷ indiquent aux personnes que le/la professionnel.le de santé a conscience qu'un homme transgenre peut être enceint et allaiter (Kirczenow MacDonald, 2019). Ce langage inclusif peut être, d'utiliser le mot « parent » plutôt que « mère », le mot « allaiter » plutôt que « donner le sein », ajouter des choix de pronoms tels que « elle/sa/elles », « il/lui/son/ils », « iel/iels » aux documents d'admission ainsi que des espaces pour ajouter un prénom d'usage / social en plus du prénom légal. Ces indices permettent de montrer - en tant que professionnel.le - aux bénéficiaires de soins, sa pratique inclusive de toutes les identités de genre ainsi que ses connaissances transspécifiques. De cette façon, une partie de la peur et de l'incertitude qui entraîne fréquemment les personnes transgenres à éviter ou repousser des soins, pourrait être diminuée (Kirczenow MacDonald, 2019). De plus, il est connu que certains hommes transgenres enceint ou allaitant, choisissent de ne pas divulguer leur identité de genre à leur praticien.ne. Ces dernièr.e.s doivent donc être conscient.e.s que leur patientèle inclut sûrement déjà des personnes transgenres et ils/elles/iels pourraient être surpris.e.s des informations que leurs patient.e.s leur confient lorsqu'ils/elles/iels mettent en évidence que leur pratique est inclusive de la diversité des identités de genre (Kirczenow MacDonald, 2019). De plus, on observe récemment, l'établissement de listes de professionnel.le.s de santé ayant l'expérience de l'accompagnement des personnes transgenres pendant la grossesse et l'accouchement. Ce genre de dispositif pourrait aider les hommes transgenres à identifier à l'avance un.e prestataire de soin avec lequel/laquelle ils pourraient avoir une expérience périnatale positive (Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

³⁷ L'organisation à but non lucratif, le Planning Familial en France, a notamment publié une affiche réalisée par Laurier The Fox sur laquelle est représentée un homme transgenre enceint accompagné de l'intitulé suivant « Au planning on sait que des hommes aussi peuvent être enceints ». (Le Planning Familial, 2022)

Il existe également des réseaux de professionnel.le.s formé.e.s tel que le Réseau Psycho-Médico-Social Trans*/inter* Belge (Genres Pluriels, 2019).

4.4. Besoin de soutien social

Afin de favoriser une expérience périnatale positive, les hommes transgenres ont besoin d'avoir accès à un soutien social. En effet, ils l'ont cité comme source de résilience face aux difficultés liées à la grossesse, l'accouchement et à la discrimination (Besse et al., 2020 ; Hoffkling et al., 2017).

Le soutien social, lorsqu'il a pu être trouvé, l'a été auprès de leur famille, de leurs ami.e.s, de leurs pairs et d'inconnu.e.s (Hoffkling et al., 2017) comme énoncé par plusieurs participants :

« [Je voulais] le soutien de mon entourage ... alors je l'ai dit à mes collègues de travail et à ma synagogue [que j'étais enceint]. J'ai écrit un email... et c'était vraiment sympa, à quel point ils étaient ridiculement excités pour moi. » (Hoffkling et al., 2017, p.10).

Quand il était vraiment évident que j'étais un homme transgenre enceint, j'ai en fait reçu beaucoup d'amour positif et d'affection de la part d'inconnu.e.s queer... et j'ai même eu des inconnu.e.s qui se sont arrêté.e.s pour demander s'ils/elles/iels pouvaient me serrer dans leurs bras et qui ont trouvé ça magnifique. (Hoffkling et al., 2017, p.9).

Une source particulière de soutien pour plusieurs participants a été le groupe Facebook "Birthing and Breastfeeding Trans People and Allies"³⁸. En effet, de nombreux hommes transgenres recherchent des groupes de soutien pour la grossesse et la parentalité, ils le font notamment par le biais des communautés LGBTI, mais ils constatent que beaucoup de ces systèmes de soutien sont axés sur les personnes gays, lesbiennes et bisexuelles cisgenres et sont mal équipés pour soutenir les personnes transgenres (Besse et al., 2020 ; Hoffkling et al., 2017).

³⁸ <https://www.facebook.com/groups/449750635045499/>

D'autres groupes de soutien spécifiques aux personnes transgenres enceintes sont donc nécessaires afin de les soutenir ainsi que leurs proches pendant la grossesse, la naissance, et dans leur parcours de parentalité (Besse et al., 2020 ; Hoffkling et al., 2017). Wolfe-Roubatis et Spatz dans leurs directives pour les soins dispensés aux hommes transgenres pendant la période post-partum, recommandent notamment d'encourager les parents à assister à des réunions de groupes de soutien à l'allaitement dans un environnement sûr et positif, car les parents transgenres peuvent éprouver des sentiments d'isolement et de solitude (García-Acosta et al, 2019). C'est ce qui est ressorti dans l'étude qualitative d'Ellis et al. afin de comprendre les expériences de grossesse et d'accouchement des hommes transgenres et pouvoir guider les interactions cliniques. En effet, le résultat unique de cette étude est que les participants ont fait l'expérience d'une solitude significative et persistante (Obedin-Maliver & Makadon 2016, p.5). Un participant de l'étude de Hoffkling et al. a notamment déclaré : « J'ai perdu tout le monde » (Hoffkling et al., 2017, p.9).

Par conséquent, le soutien social peut servir de facteur de protection contre la discrimination, l'isolement et la solitude vécus par les hommes transgenres pendant l'expérience périnatale, et constituer un réel besoin. Il est donc important de mettre en relation les personnes transgenres avec des réseaux afin d'atténuer ce sentiment de solitude et de répondre au besoin de soutien social (Besse et al., 2020 ; Hoffkling et al., 2017). En sachant également que l'absence de modèles clairs de ce à quoi pourrait ressembler un rôle parental positif, bien intégré d'une personne transgenre, peut exacerber ce sentiment d'isolement (Besse et al., 2020).

4.5. Besoin de modèle

Dans leurs interviews, Hoffkling et al. ont constaté que de nombreux hommes transgenres en périnatalité ont exprimé le besoin de savoir qu'il y avait d'autres personnes qui vivaient des expériences similaires aux leurs (Besse et al., 2020). Un participant a notamment déclaré : « C'était la chose que je voulais le plus, de savoir que d'autres personnes le faisaient. » (Hoffkling et al., 2017, p. 11).

Lorsqu'ils disposaient d'un exemple, ils se sentaient énormément confortés dans leurs choix et leurs expériences comme nous pouvons le voir avec ce témoignage : « J'avais vu un documentaire où un trans était enceint... donc ça m'a aidé à encaisser quand je suis tombé enceint... par accident. » (Hoffkling et al., 2017, p. 11).

Voir plus de représentations positives d'hommes transgenres choisissant la grossesse dans les médias et d'autres contextes institutionnels contribue à normaliser les expériences de périnatalité des hommes transgenres et à atténuer leur sentiment d'isolement social (Besse et al., 2020).

4.6. Besoin d'informations éclairées concernant les effets de la testostérone sur la santé mentale en lien avec la dépression du post-partum

Les hommes transgenres ont de nouveau décrit leur frustration face au manque d'information sur les effets à court et à long terme de la testostérone, cette fois-ci concernant la santé mentale (Hoffkling et al., 2017).

Une autre thématique commune aux témoignages d'hommes transgenres ayant été enceints, est celle des expériences émotionnelles inattendues liées à l'arrêt de la testostérone, à la grossesse et/ou à la période post-partum. Pour certains, ces changements d'émotions étaient tout-à-fait inattendus, et d'autres les ont trouvés difficiles même s'ils s'en doutaient (Hoffkling et al., 2017). Bien que cela puisse être vrai pour toute personne enceinte, de nombreux hommes transgenres ont établi un lien entre leur utilisation antérieure de testostérone et l'intensité de leur expérience émotionnelle entourant la grossesse (Hoffkling et al., 2017). En effet, selon García-Acosta et al., l'interruption du traitement hormonal à base de testostérone provoque des sautes d'humeur intenses (2019). Certains des participants de l'étude de Hoffkling et al. auraient souhaité que quelqu'un les prévienne que de telles humeurs pouvaient se produire, de les normaliser et de les contextualiser comme étant liées à des changements hormonaux rapides et non comme le signe d'un autre problème (Hoffkling et al., 2017).

Ils ont déclaré se sentir mal équipés pour les différencier d'une dépression du post-partum, en partie car de nombreux participants ne se souvenaient pas avoir été informés sur la dépression du post-partum avant l'accouchement, ni d'en avoir discuté avec les prestataires de soins par la suite (Hoffkling et al., 2017). Pourtant, dans leur enquête, MacDonald et al. ont observé que 7 sur 22 de leurs participants ont expérimenté une dépression du post-partum (2016). Un participant en témoigne notamment :

Les professionnel.le.s de la santé doivent savoir qu'il faut parler davantage de la dépression du post-partum, et qu'il faut vraiment en parler avec les hommes trans qui prévoient d'avoir des bébés et de les allaiter, car cela signifie qu'ils ne reprendront pas de testostérone pour niveler les hormones. Parce que ces montagnes russes étaient d'une folie indescriptible. (Hoffkling et al., 2017, p.15)

Selon l'étude d'Ellis et al. sur les considérations psychologiques à prendre en compte dans les expériences périnatales des hommes transgenres, ce niveau de soutien est à la portée de tout.e prestataire de soins périnataux. Toutefois, un soutien et des conseils supplémentaires de la part de collègues spécialistes de la santé mentale peuvent s'avérer utiles si les expériences d'une personne soulèvent des inquiétudes quant à l'exacerbation de sa détresse psychologique ou de sa sécurité (Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

Ce besoin est d'autant plus important à prendre en compte, étant donné que la santé mentale des personnes transgenres est déjà fortement influencée par la transphobie et les discriminations qu'elles subissent. D'après Motmans et al. « dépression, pensées suicidaires, faible confiance en soi et attitude fataliste reviennent souvent » (2017, p. 17). En effet, selon les résultats de leur enquête, 77,1% des participant.e.s ont répondu avoir déjà sérieusement pensé au suicide ; parmi eux/elles/iels, 33,5% ont fait des tentatives de suicide, avec 58,5% liant directement à leur identité de genre. A titre de comparaison, dans la population générale, 14% ont déjà sérieusement pensé au suicide et 4,2% sont déjà passés à l'acte d'après l'enquête de Santé Belgique menée en 2013 (Motmans et al. 2017).

L'interruption du traitement hormonal par testostérone pendant la grossesse, va également pouvoir avoir comme effet, l'augmentation du tissu mammaire, la redistribution de la graisse dans les hanches et la diminution de la densité osseuse. Elle peut donc avoir un impact très néfaste, en particulier chez les hommes qui n'ont pas eu recours à une torsoplastie, en raison du développement du tissu mammaire et des sentiments d'anxiété, de dépression, d'isolement et de solitude que cette interruption peut engendrer (García-Acosta et al., 2019).

4.7. Besoin d'information sur les stratégies de dissimulation de l'augmentation mammaire

Certains hommes transgenres ont noté que dissimuler la zone de la poitrine pendant la grossesse était plus préoccupant que de cacher leur ventre (Besse et al., 2020). L'augmentation du tissu mammaire est variable selon les chirurgies antérieures effectuées et les personnes. Certains participants ayant eu recours à une torsoplastie ont expérimenté des changements importants au niveau de la poitrine pendant la grossesse au point parfois qu'elle reprenne sa taille pré-chirurgicale, c'est donc une information qu'il faut partager avec les hommes transgenres au début de la grossesse (MacDonald et al., 2016). C'est ce qu'aurait notamment apprécié un participant de l'étude de MacDonal et al. :

J'étais persuadé que c'était permanent, que ça ne repousserait jamais, alors qu'en fait, c'était plutôt le contraire - le fait que ça ait repoussé [pendant la grossesse] était vraiment... Je me serais senti beaucoup mieux si on m'avait prévenu que c'était possible que ça arrive. [Emmett, torsoplastie antérieure avec double incision sans greffe de mamelon ni repositionnement]. (MacDonald et al., 2016, p.6)

Durant la grossesse, il est possible de dissimuler la zone de la poitrine en portant des vêtements larges (Besse et al., 2020) ou en faisant/utilisant un bandage compressif pour aplatisir le torse, connu sous le nom de "chest binder" ou "binder" (García-Acosta et al., 2019).

Cette dernière stratégie peut notamment réduire le risque que les hommes transgenres enceints soient victimes de discrimination et de violence transphobes (Besse et al., 2020). Cependant, son utilisation peut comporter des risques, les personnes souhaitant la pratiquer ont donc besoin d'information éclairée la concernant, au préalable (Kirczenow MacDonald, 2019). En effet, elle peut entraîner une atteinte du tissu glandulaire sous-jacent (García-Acosta et al., 2019). En post-partum notamment, il est fréquent qu'une congestion se développe ainsi que des signes de mastite, surtout après avoir porté des bandages pendant de nombreuses années. Si un allaitement est en cours et à condition qu'aucune pression ne soit exercée sur une partie spécifique de la poitrine, cette technique peut être utilisée occasionnellement une fois que la production de lait est régulière (García-Acosta et al., 2019 ; Kirczenow MacDonald, 2019). Il peut également « être utile de rappeler le risque de rash ou de mycose du torse en cas de bandage prolongé » (Ballout, 2021). D'autres stratégies telles qu'allaiter ou pomper en privé et porter des vêtements masculins adaptés à l'allaitement ont aidé certains hommes transgenres en période post-natale (Kirczenow MacDonald, 2019).

Les hommes transgenres qui ont choisi de ne pas allaiter peuvent diminuer l'augmentation mammaire en réduisant leur production de lait rapidement. Pour que celle-ci se fasse en toute sécurité, ils ont besoin d'être soutenus en recevant des informations particulières (García-Acosta et al., 2019). Ils doivent tout d'abord avoir été informés en prénatal qu'au cours de la période post-partum immédiate, il y a en général une production de lait, qu'elle ait été stimulée ou non. En post-partum, il est recommandé de ne tirer qu'une quantité de lait suffisante pour se sentir à l'aise, et de réduire la douleur et l'inflammation en utilisant des compresses froides et des feuilles de chou vert froides (García-Acosta et al., 2019).

Hypothèses :

D'après la revue de la littérature, les hypothèses de recherche suivantes peuvent-être dégagées :

Les hommes transgenres ont pour besoins spécifiques en périnatalité :

- ❖ le besoin d'affirmation de leur identité de genre et de leur état de grossesse
- ❖ le besoin de recherche sur les effets de la prise de testostérone pendant la grossesse
- ❖ le besoin de contrôle / choix vis-à-vis de l'organisation de l'accouchement
- ❖ le besoin d'information éclairée sur les effets à court et à long terme de la testostérone sur l'allaitement
- ❖ le besoin de conseils pour l'allaitement suite à une torsoplastie
- ❖ le besoin de reconnaître les expériences de périnatalité des hommes transgenres dans les établissements d'obstétrique et les institutions
- ❖ le besoin de formation aux transidentités pour les professionnel.le.s de la périnatalité
- ❖ le besoin de pouvoir identifier à l'avance un.e prestataire de soin avec lequel/laquelle ils pourraient avoir une expérience périnatale positive
- ❖ le besoin de soutien social
- ❖ le besoin de modèles
- ❖ le besoin d'informations éclairées concernant les effets de la testostérone sur la santé mentale en lien avec la dépression du post-partum
- ❖ le besoin d'information sur les stratégies de dissimulation de l'augmentation mammaire.

Méthodologie de la recherche

J'ai tout d'abord effectué des recherches dans des bases de données telles que PubMed et Google Scholar en utilisant les termes « soins périnataux hommes transgenres ». J'ai ensuite précisé mes recherches en utilisant des termes plus spécifiques tels que « grossesse homme transgenre » et « allaitement homme transgenre ». J'ai limité mes recherches à des articles datant de moins de 10 ans et disponibles en « full text » en anglais ou en français.

Après avoir effectué cette première revue de la littérature, j'ai été conviée à un groupe de travail « Santé » organisé par l'ASBL Genres Pluriels qui regroupait des expert.e.s de la santé transspécifique, et des personnes concernées. A cette occasion, on m'a conseillé d'adopter le point de vue de celles-ci, car le vécu de leurs interactions avec les professionnel.le.s de santé étaient souvent bien différent de celui rapporté par ces dernièr.e.s. J'ai donc décidé de baser mes recherches sur les besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité. Pour ce faire, j'ai consulté la bibliographie des articles que j'avais déjà étudié pour trouver de la littérature plutôt fondée sur les expériences d'hommes transgenres concernant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. J'ai sélectionné parmi ces articles supplémentaires, ceux qui contenaient des témoignages d'hommes transgenres ayant été enceints.

Afin d'enrichir mon travail, j'ai consulté le travail colossal effectué par les associations /ASBL de lutte pour les droits des personnes transgenres, notamment les ressources mises à disposition par TGEU et Genres Pluriels. J'ai également étudié la législation belge relative aux droits des personnes transgenres afin d'intégrer dans mon travail le cadre légal dans lequel elles évoluent au quotidien dans notre pays. Enfin, l'étude menée par l'IEFH m'a été d'une aide précieuse afin de présenter un tableau chiffré de la situation globale des personnes transgenres en Belgique et de leurs souhaits.

Planification souhaitée pour une étude sur le terrain

A) Population de l'étude

Afin de recueillir les expériences des hommes transgenres en périnatalité, j'inclurais dans ma population de l'étude souhaitée, les personnes correspondant aux critères d'inclusion suivants :

- Sujet ayant été enceint
- Sujet s'identifiant comme homme transgenre au moment de cette grossesse
- Sujet qui a effectué le suivi médical/paramédical prénatal et postnatal de cette grossesse en Belgique
- Sujet qui a accouché en Belgique
- Sujet qui parle français ou anglais

Ces critères d'inclusions me permettraient de recueillir l'expérience périnatale des hommes transgenres en Belgique afin de comprendre leurs besoins spécifiques associés à cette expérience, et parmi eux, ceux auxquels la/le sage-femme pourrait tenter de répondre.

J'ajouterais tout de même comme critère d'exclusion les sujets ayant été enceints mais dont la grossesse n'a pas abouti à une naissance vivante car le vécu de la périnatalité en lien avec la transidentité pourrait être affecté par le vécu du deuil périnatal.

B) Détermination de l'échantillon

Dans le cadre de mon étude, je me placerais dans une perspective qualitative et exploratoire, cherchant à comprendre le vécu de la population de mon étude. Pour ce faire, j'effectuerais donc des entretiens semi-directifs.

En ce qui concerne le recrutement des sujets pour ces entretiens, j'ai déjà réfléchi à cette démarche avec ma promotrice externe, elle a contacté des bénéficiaires de l'ASBL Genres Pluriels qu'elle connaît et qui correspondaient à la population de mon étude. Elle leur a demandé s'ils souhaitaient éventuellement participer à mon étude et m'a transmis leur adresse mail après avoir reçu leur accord. Je les ai donc à mon tour contacté.

Mon échantillon ne peut pas s'estimer quantitativement puisque l'entretien semi-direct répond au critère de saturation de l'information. C'est-à-dire que je devrais m'entretenir avec les sujets de mon étude jusqu'à ce que je cesse de dégager des thématiques différentes de leurs témoignages. Au regard de la faible prévalence de personnes qui pourraient répondre aux critères d'inclusions de ma population de l'étude, j'estime pouvoir obtenir la participation de 5 sujets maximum à mon étude. En effet, lors de ma démarche de recrutement de participants avec ma promotrice externe, en quelques mois, nous avons pu trouver 2 participants, ce qui me laisse à penser que je pourrais en recruter 5 pour mon étude au total.

En annexe XVI se trouve le courriel type que j'utiliserais dans le cadre d'une étude sur le terrain.

C) Outil d'enquête

L'outil d'enquête le plus approprié pour cette étude est la grille d'entretien puisqu'elle est utilisée dans le cadre d'entretiens semi-directifs, celle que j'ai élaborée pour mon étude se trouve en Annexe XVII.

En ce qui concerne sa conception, j'ai en premier lieu intégré un questionnaire inspiré des questions posées dans le cadre de l'étude l'IEFH pour « bien cerner les participant-e-s » (Motmans et al., 2017, p. 22) et afin de déterminer « les différences significatives qui devront être reprises dans les analyses ultérieures comme co-variables ou comme variables de contrôle » (Motmans et al., 2017, p. 22). Ces questions concernent les modes de vie et caractéristiques des participants de l'étude.

En second lieu, j'ai posé une question d'accroche sur l'expérience de périnatalité afin d'inviter les participants à partager ce qu'ils veulent me dire sur cette expérience. Cette question est ouverte et se veut assez large afin de ne pas trop influencer les témoignages qui s'en suivent. Ceci est primordial dans le partage d'expérience car la personne utilise ses propres mots pour partager ce qu'elle a vécu. J'ai essayé de poser une question qui s'intéressait à ce qui a percuté les hommes transgenres que j'interroge durant leur expérience périnatale, afin de dégager les points importants à prendre en compte, en tant que sage-femme, lorsqu'un homme transgenre sollicite nos compétences au cours de son parcours périnatal.

En dernier lieu, puisque cette question est large, j'ai élaboré des thématiques de relances, il s'agit des thématiques principales qui se dégageaient de mes hypothèses. L'objectif étant de recentrer l'entretien si les informations partagées s'éloignent trop des thématiques en question et de ne pas oublier certains points si ceux-ci n'ont pas été abordés spontanément durant l'entretien.

D) Organisation des entretiens

Je conduirais ces entretiens, à un endroit pratique pour les individus que j'interrogerais, mais surtout dans un lieu où ils pourraient se sentir à l'aise afin de se confier et où les informations partagées resteraient confidentielles. Un lieu calme de préférence, afin que je puisse les enregistrer sans bruits parasites ou distractions qui pourraient perturber la concentration nécessaire à leur réussite, dans un local de l'ASBL Genres Pluriels si son équipe m'en donnait l'autorisation par exemple. En cas d'entretien difficile à organiser au vu de d'une distance géographique trop importante avec les participants, je proposerais d'effectuer l'entretien semi-directif via une plateforme de visioconférence (Teams). Ces différentes dispositions seraient discutées par mail avec les participants en fonction de leurs souhaits et de la faisabilité de celles-ci.

Dans le cadre de ces échanges de mails, j'aurais également suggéré une durée d'entretien d'environ 1h aux participants de mon enquête, en spécifiant que cette durée serait relative à leur souhait et disponibilité. En effet, cette durée me semble adaptée afin de ne pas trop solliciter les participants pour qui ce témoignage pourrait être très difficile (ou pas). De plus, cela leur laisserait le temps de réfléchir à leurs réponses ou de prendre des pauses si nécessaire.

Le jour de l'entretien, je m'assurerais d'obtenir, de nouveau (après la confirmation initiale par mail), un consentement vis-à-vis de sa réalisation et de l'enregistrement de celui-ci. Ce consentement serait obtenu de façon écrite et non orale, avant le début des entretiens, afin de préserver l'anonymat des enregistrements. Le document de ce consentement écrit se trouve en Annexe XVIII. Les enregistrements des entretiens s'effectueraient grâce à mon G.S.M. si en présentiel ou via l'outil enregistrement de l'application Teams en cas de rencontre via visioconférence.

Une fois l'enregistrement démarré, j'introduirais chaque entretien de la sorte : « Bonjour, tout d'abord je voulais vous remercier d'avoir accepté d'effectuer cet entretien aujourd'hui. Je termine mon bachelier sage-femme à la Haute Ecole Francisco Ferrer et dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je m'intéresse aux besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité. Pour mener cet entretien semi-directif, je vais prendre appui sur une grille d'entretien que j'ai élaborée au préalable. La finalité de cet entretien est de comprendre les besoins spécifiques que vous avez eu, durant votre expérience périnatale, en lien avec votre transidentité afin de produire un travail qui permette de sensibiliser les sage-femmes et étudiant·e·s sage-femmes à ces besoins et d'orienter leurs pratiques. Vous pouvez demander l'arrêt de l'enregistrement ou de l'entretien à tout moment sans justification. De même n'hésitez pas à me notifier si vous souhaitez faire une pause ou ne pas répondre à une quelconque question et passer à la suivante. ».

E) Durée de l'étude

La durée de l'étude est difficile à estimer car elle dépendrait du délai de réponse des participants à mes sollicitations par mail et de leur disponibilité afin de réaliser les entretiens, de même que des miennes. Le nombre nécessaire d'entretiens afin d'obtenir une saturation de l'information constitue également une variable dans la durée de l'étude. Une autre variable est le temps de collecte des données qui dépendra du nombre de témoignages récoltés ainsi que de leur durée respective.

F) Analyse des résultats

En ce qui concerne la retranscription des entretiens, j'écouterais les témoignages recueillis et enregistrés afin de copier mot pour mot leur contenu sur un fichier Word. Ce fichier sera anonyme puisqu'aucun des enregistrements ne contiendra le nom/prénom du participant. J'analyserais ensuite chacun des témoignages et les compareraient pour dégager les thèmes communs qui en ressortent afin de pouvoir par la suite regrouper des informations et établir des résultats.

G) Biais et limites potentielles

Ma démarche de recrutement se ferait par le biais de l'ASBL Genres Pluriels qui est, entre autres, une organisation d'aide aux personnes transgenres. Ainsi, je peux me demander si les hommes transgenres enceints qui ne bénéficient pas de l'aide de cette ASBL ou d'une autre ont les mêmes besoins et attentes.

La langue aurait constitué une des limites de cette étude puisque le français et l'anglais sont les 2 seules langues que je maîtrise. Je n'aurais, de ce fait, pas pu recueillir les expériences des hommes transgenres enceints non francophones ou anglophones ayant effectué leur suivi médical/paramédical et leur accouchement en Belgique. Il s'agit d'une limite significative car la Belgique est un pays dont les langues officielles comprennent le flamand et l'allemand sans compter la diversité des langues non officielles parlées par ses habitant.e.s.

Critique du travail et pistes d'amélioration

Concernant les difficultés que j'ai rencontré au cours de ce travail, j'ai eu, en premier lieu, du mal à suivre un fil conducteur tout au long de mon cadre théorique. Je n'arrivais pas suffisamment à prioriser les informations car tout me semblait intéressant et donc important, au vu de la méconnaissance assez fréquente du sujet de ce travail. J'ai donc parfois l'impression d'avoir perdu le fil de ce que je voulais faire dégager de la littérature, j'aurais souhaité pouvoir clarifier davantage mon travail afin qu'il soit plus percutant. Afin de rester logique, j'ai tout de même essayé d'appliquer la formule Énoncer/Expliquer/Explicitier pour chaque information mais ce fut un exercice difficile.

De plus, il aurait été intéressant d'enrichir mon travail avec une partie historique et anthropologique sur les transidentités et davantage d'extraits de témoignages. J'aurais également souhaité inclure d'autres personnes transgenres dans ce travail notamment les personnes non-binaires ou de genre fluide qui peuvent également concevoir de manière spontanée ainsi que développer davantage l'accès à la PMA pour les personnes transgenres mais j'ai été limité par le temps et les consignes de pagination.

Une autre importante limite de ce travail, est qu'il est basé sur des études pour la plupart états-uniennes et les hypothèses dégagées restent donc à être confirmer pour la Belgique. Pour ce faire, il aurait été souhaitable d'effectuer l'enquête et pas seulement de la planifier et de rencontrer les personnes concernées avec qui j'ai été en contact, et ce même en dehors du cadre imposé par les consignes, afin d'enrichir mon travail ne serait-ce qu'en présentant le contenu de ces entrevus sans pour autant les analyser.

Conclusion

La première conclusion que nous pouvons faire de ce travail est qu'il existe selon les circonstances de vie de chaque homme transgenre, un éventail d'expériences de la périnatalité et donc de besoins en cette période. Ce travail, en regroupant le vécu et les besoins spécifiques de certains hommes transgenres en périnatalité, peut servir à familiariser les lecteurs/trices avec des exemples d'expériences et guider les prestataires de soins sur les questions à prendre en compte, plus que fournir des informations définitives. En effet, il n'existe pas d'expérience unique qui puisse faire modèle pour toutes les autres.

Comme nous avons pu le voir, l'effacement systématique des hommes transgenres dans les établissements d'obstétrique et dans les politiques de périnatalité des institutions est source d'exclusion et a un fort impact négatif sur leurs expériences de périnatalité. Il est impératif que les prestataires de soins soient formé.e.s adéquatement afin de fournir des soins adaptés aux hommes transgenres et qu'ils/elles/iels s'efforcent, activement, de faire en sorte que leurs équipes et leurs établissements soient compétents pour les accompagner dans leur parcours périnatal. Tout ceci, dans le but de réduire les discriminations transphobes ainsi que l'impact négatif qu'elles ont sur cette période déjà charnière. En effet, les interactions positives avec la/le prestataire de soins et les systèmes de santé ainsi que le soutien social et la présence de modèles peuvent contribuer à atténuer cet impact. Comme le résume très bien Ali : « C'est pas une évidence et pourtant, on le fait et pourtant, on existe. Les parents trans existent, les enfants de parents trans existent et nos partenaires existent aussi. Donc il va falloir composer avec ça, maintenant. » (Koubini, 2021).

La deuxième conclusion que nous aurions pu dégager des résultats de cette enquête - si elle avait été menée jusqu'au bout – et que la littérature ne cite pas directement, est le besoin spécifique pour les hommes transgenres enceints d'avoir accès à une préparation à l'accouchement et à la parentalité adaptée. En effet, les besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité dégagés de la littérature suggèrent que ce pourrait être des moments opportuns pour tenter d'y répondre.

Dans le témoignage d'Ali, il avoue avoir assisté à seulement 2 cours de préparation à l'accouchement même si, d'après lui, lors de ces séances :

les conseils donnés étaient géniaux, [mais] l'ambiance générale était trop hétérosexuelle, trop dans l'impensé d'une prise en charge à côté. Toujours le papa qui accompagne la maman [...] ou monsieur et madame. C'est juste pas possible [...], elles ont fait l'effort de dégenrer [mais] c'était trop nouveau, trop compliqué je pense, marginal dans leur pratique. (Allezard et Gross, 2021,15:55)

De plus, le KCE en Belgique recommande que toute personne enceinte se voit proposer des séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité (PAP), en fonction de ses besoins spécifiques et en offrant la possibilité d'y intégrer son/sa partenaire.

Le KCE cite de nombreux objectifs pour la préparation à l'accouchement et à la parentalité :

préparer [le/la gestant.e] à la gestion du travail et de l'accouchement (intrapartum) ; informer la personne enceinte et son [/sa] partenaire afin qu'ils [/elles/iels] puissent poser des choix éclairés concernant la manière dont ils [/elles/iels] souhaitent que se déroulent la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum (tout en les aidant à formuler des attentes réalistes) ; maximiser les expériences positives de la naissance et du post-partum et accompagner les futurs parents dans leur transition vers la parentalité. (Benahmed et al., 2019, p.25)

Ce dernier objectif est d'autant plus important que comme le dit Ali « ce n'est pas facile d'être parent quand on est une personne trans [...]. J'ai été très chanceux mais nos parcours de parentalité sont souvent extrêmement complexes. Parfois c'est l'état qui ne suit pas. Il y a aussi tout l'environnement, et la société qui n'est pas forcément prête » (Korbini, 2021, 03 :40)

Pour atteindre les objectifs cités ci-dessus, le KCE a rédigé les recommandations suivantes :

les futurs parents devraient être encouragés à réfléchir à la manière dont ils [/elles/iels] souhaitent que se déroulent la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale. Ils [/elles/iels] devraient pouvoir poser toutes leurs questions et recevoir des informations sur toutes les options disponibles. Leurs choix devraient répondre aux principes de la prise de décision partagée (en tenant compte des éventuels risques identifiés) et être formalisés dans un plan de soins individuel. Les futurs parents devraient toutefois aussi être informés du fait que les circonstances médicales ou les contraintes propres à l'établissement qu'ils [/elles/iels] ont choisi pour l'accouchement pourraient nécessiter des écarts par rapport au plan de soins initial. En effet, la grossesse est un moment propice pour aborder la promotion de la santé et améliorer la littératie en santé des futurs parents (Benahmed et al., 2019, p. 29)

Or, nous avons pu dégager de la littérature les besoins spécifiques suivants en périnatalité pour les hommes transgenres : le besoin de contrôle / choix vis-à-vis de l'organisation de l'accouchement ; le besoin d'information éclairée sur les effets à court et à long terme de la testostérone sur l'allaitement ; le besoin de conseils pour l'allaitement suite à une torsoplastie ; le besoin d'information sur les stratégies de dissimulation de l'augmentation mammaire ; le besoin de soutien social ; le besoin d'informations éclairées concernant les effets de la testostérone sur la santé mentale en lien avec la dépression du post-partum. Il s'agit de besoins qui pourraient être satisfaits avec des objectifs et recommandations tels que ceux défendus par le KCE.

Les sage-femmes ont d'autant plus leur place dans la réalisation du potentiel besoin de préparation à l'accouchement adaptée aux hommes transgenres enceints puisqu'au travers des actions qu'elles/ils/iels mettent en place à l'occasion de ces séances, elles/ils/iels représentent « les principaux acteurs/trices de l'éducation pour la santé en périnatalité » (Bernard, Eymard, 2012, p.284).

Une autre question non retrouvée dans la littérature mais qui me semble pertinente à soulever est relative à la reprise de la contraception en post-partum pour les hommes transgenres. En effet, nous savons que la testostérone est souvent considérée à tort comme un contraceptif puisqu'elle entraîne l'aménorrhée et l'arrêt de l'ovulation, en découle un besoin non satisfait en matière de contraception chez les hommes transgenres (Monica Hahn, 2019). Or, « à partir du 21e jour [après l'accouchement], il existe un retour de fertilité et une contraception devient donc nécessaire » (HAS, 2019, paragr. 2) d'autant plus qu'« une grossesse rapprochée est un facteur de risque de carence martiale [pour les personnes enceintes] et de complications néonatales de type hypotrophie et hypothermie » (Vanderbroucke, 2013, p.166). Le post-partum pourrait donc être un moment opportun pour faire de l'éducation à la contraception et plus particulièrement auprès des hommes transgenres qui souhaitent débuter ou reprendre un traitement hormonal par testostérone afin de veiller à la prise concomitante d'une contraception.

En ce qui concerne le choix de la méthode, il doit se faire en fonction de l'allaitement éventuel (dans les 6 mois qui suivent l'accouchement, les oestroprogestatifs ne sont pas recommandés), des pathologies étant survenues durant la grossesse et du risque thromboembolique veineux majoré jusqu'à 42 jours après l'accouchement (HAS, 2019).

Ce dernier risque est d'autant plus important à prendre en compte si une prise ou une reprise de testostérone est envisagée. En effet, les études ne sont pas concluantes en raison d'échantillons limités et de certains biais mais la question du risque thromboembolique majoré lié à celle-ci a déjà été étudiée (Ballout, 2021). De plus, Hannah Ballout va plus loin dans sa réflexion en questionnant l'impact du stress -

auquel sont d'autant plus exposées les personnes transgenres en raison des discriminations à leur encontre - sur le risque thrombo-embolique (2021, p.46). C'est une question très pertinente à soulever il me semble car le post-partum constitue déjà une période d'émotions fortes (Hoffkling et al., 2017), il pourrait donc y avoir là un cumul de facteurs stressants.

Afin de disposer d'informations éclairées concernant toutes les méthodes contraceptives et leurs spécificités pour les hommes trans*, je vous invite à consulter d'Hanna Ballout (sur les attentes qu'ont les hommes trans* vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de l'initiation ou du suivi d'un traitement hormonal masculinisant) qui en a dédié une partie à la contraception. Son travail étant très clair ainsi que concis (résumé sous forme de tableau) tout en étant complet et la contraception étant un vaste sujet qui dépasse celui de mon travail, la partie contraception de son travail qui débute page 45. Vous pouvez retrouver son travail sur le site internet de Genres Pluriels dans la catégorie « Santé » puis « Articles et études ».

Je rajouterais toutefois que si le choix du mode de contraception en post-partum se porte sur un dispositif intra-utérin, Hanna Ballout décrit des étapes spécifiques à sa pose pour les personnes transgenres (2021, p.46) mais qu'il est également recommandé d'évaluer et d'écartez un risque infectieux en recherchant notamment une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae avant la pose (HAS, 2019). Ceci est d'autant plus important pour les personnes transgenres étant donné qu'elles ont en général eu accès à moins de soins gynécologiques d'après Boudreau et Mukerjee cités par Hanna Ballout (2021). Certaines précautions et alternatives pertinentes (auto-tests, tests urinaires, ...) concernant ces tests pour les personnes transgenres sont notamment décrites dans le travail d'Hanna Ballout (2021, p. 45). Il pourrait être pertinent d'effectuer ces tests en consultations prénatales également malgré que le KCE ne le recommande pas systématiquement à toutes les personnes enceintes (Gyselaers W, 2015)., au vu du risque majoré de non-dépistage chez les personnes transgenres (Ballout, 2021).

Il pourrait en être de même pour le dépistage du cancer du col de l'utérus qu'il serait intéressant de proposer aux personnes de plus de 25 ans en consultation pré-natale (jusqu'à 14 semaines de grossesse) ou en postnatal (à partir de 8 semaines après l'accouchement) (HAS, 2013) car comme le rappelle Hanna Ballout, il est peu effectué

par les personnes transgenres concernées (2021, p. 45). Des conseils pertinents et spécifiques à sa réalisation pour les personnes transgenres sont également décrits par Hanna Ballout (2021, p.57).

La grossesse et le post-partum - si un accompagnement adapté et bienveillant est mis en place - pourrait ainsi représenter un moment opportun afin de promouvoir un suivi consistant en santé sexuelle et reproductive pour les personnes transgenres concernées.

Bibliographie :

Allen, A., Daoût, F., Snappe, J. P., Moerman, J. P., Derycke, E., Merckx-Van Goey, T., Nihoul, P., Giet, T., Leysen, R., Moerman, J., Pâques, M., Meerschaut, F., & Lavrysen, L. (2019, 06 19). *A R R È T. strada lex.*

https://www.stradalex.com/fr/sl_src_publ_jur_be/document/cconst_2019-99

Allezard, C. (journaliste) et Gross, C. (réalisatrice). (2021). Enceint [reportage]. Dans S. Kronlund (productrice), *Les Pieds sur terre*. France Culture.

<https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/enceint>

Bagarry, D., Chiche, G., Forteza, P., Gaillot, A., Orphelin, M., & Taché, A. (2021, 06 4). *Bioéthique (no 4222) Amendement n°560*. Assemblée nationale.

<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4222/AN/560>

Balzer, C. et Transgender Europe. (2021). TMM Absolute numbers (2008 – Sept 2021) [carte géographique]. Transrespect. <https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/#>

Benahmed N., Lefèvre M., Christiaens W., Devos C., Stordeur S. (2019). Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque. Repéré à [Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque - synthèse \(fgov.be\)](#)

Besse, M., Lampe, N. M., & Mann, E. S. (2020). Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men : A Narrative Literature Review. *The Yale journal of biology and medicine*, 93(4), 517–528. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33005116/>

Calderón-Jaramillo, M., Mendoza, Á., Acevedo, N., Forero-Martínez, L. J., Sánchez, S. M., & Rivillas-García, J. C. (2020). How to adapt sexual and reproductive health services to the needs and circumstances of trans people- a qualitative study in Colombia. *International journal for equity in health*, 19(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01250-z>

CHU Liège. (n.d.). *Centre d'accompagnement des transidentités*. CHU de Liège.

https://www.chuliege.be/jcms/c2_18437946/nl/centre-d-accompagnement-des-transidentites/accueil

CHUV. (2018, July 17). *Cryoconservation d'ovocytes imprénés et embryons - Médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique*. CHUV.

<https://www.chuv.ch/fr/fertilite/umr-home/laboratoire/cryoconservation-dovocytes-impregnnes-et-embryons/>

CNGOF. (2016, 31 mai). HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. Repéré à <http://www.cngof.fr/interventions-gynecologiques/355-hysterectomy-abdominale>

Conseil Fédéral des Sages-Femmes. (2016). *Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge*. Service Public Fédéral.

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf?fbclid=IwAR2yZOI33AYyhNGG-jd6hLkuejUHjLB8-MqamUoyVYC70mmaviSKQA8rwik

Dufrasne A. (2019). Les personnes transgenres et intersexes. *Santé conjuguée*, vol (86), 27-30. <https://www.maisonmedicale.org/Les-personnes-transgenres-et-intersexes.html>

Dufrasne, A., Luchiviste, L. Nisol, M. et Werler, A. (2018). « Transgenres/Identités pluriel.le.s – Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi... Tous.les bien informé.e.s ». http://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/brochure_4emeed_web.pdf

Dufrasne A. et Vico P. (2020). Les patient.e.s transgenres : une actualité et une réalité méconnues. *Revue Médicale de Bruxelles*, vol (41), 464-469. Repéré à <https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/rmb-1674.pdf>

Fedorko, B., Kurmanov, S. et Berredo, L. (2020, mars). A brief guide to monitoring anti-trans violence. *TvT Publication Series*, Volume (21).https://transrespect.org/wp-content/uploads/2020/09/TvT-PS-Vol21-2020_EN.pdf

Finlay, J. (Director). (2019). *SEAHORSE: The Dad Who Gave Birth* [Hippocampe : le Père qui a donné naissance] [Film]. BBC.

García-Acosta, J.M, San Juan-Valdivia, R.M., Fernández-Martínez, A.D., Lorenzo-Rocha, N.D. et Castro-Peraza, M.E.. (2019, 19 décembre). Trans* Pregnancy and Lactation : A Literature Review from a Nursing Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol 17 (44), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010044>

Genres Pluriels. (2015, 11 décembre). Métoïdioplastie. Repéré à <https://www.genrespluriels.be/Metoidioplastie>

Genres Pluriels. (2016, February 11). *Atteindre son point de confort ?* Genres Pluriels. <https://www.genrespluriels.be/Atteindre-son-point-de-confort>

Genres Pluriels. (2016, 17 mai). Phalloplastie. Repéré à <https://www.genrespluriels.be/Phalloplastie-a-deconseiller>

Genres Pluriels. (2018, June 20). *L'OMS retire les transidentités des maladies mentales... pour diagnostiquer (...).* Genres Pluriels. <https://www.genrespluriels.be/L-OMS-retire-les-transidentites-des-maladies-mentales-pour-diagnostiquer-l>

Genres Pluriels. (2019, August 12). *Le Réseau Psycho-Médico-Social trans*/inter* belge.* Genres Pluriels. <https://www.genrespluriels.be/Reseau-Psycho-Medico-Social-trans-inter-belge>

Genres Pluriels. (2021, Octobre 27). *Accueil individuel.* Genres Pluriels. <https://www.genrespluriels.be/Accueil-individuel>

Genres Pluriels & Ex Aequo. (2019). *Guide de Santé Sexuelles pour personnes Trans* et leurs Amant.e.s.* Genres Pluriels. <https://www.genrespluriels.be/Guide-de-sante-sexuelle>

Gyselaers W., Jonckheer P., Ahmadzai N., Ansari M.T., Carville S., Dworzynski K., Gaudet L., Glen J., Jones K., Miller P., Tetzlaff J.M., Alexander S., Allegaert K., Beeckman K., Ceysens G., Christiane Y., De Ronne N., de Thysebaert B., Dekker N., Denys A., Eeckeleers P., Hernandez A., Mathieu E., Seuntjens L., Verleye L. et Stordeur S.. (2015). Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ? Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

file:///C:/Users/utilisateur/Documents/Cours%20sage-femme%20B4/TFE/KCE_248Bs_examens_recommand%C3%A9s_pendant_grossesse_Synthese.pdf

HAS. (2013, juin). Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus – Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). <https://www.has-sante.fr/>

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieeps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieeps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf)

HAS. (2019, juillet). Contraception chez la femme en post-partum, méthode fiche mémo.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf

Ballout, H.. (2021). Quelles sont les attentes que les hommes trans* ont vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de l'initiation ou du suivi d'un traitement hormonal masculinisant ?.) <https://www.genrespluriels.be/Quelles-sont-les-attentes-que-les-hommes-trans-ont-vis-a-vis-de-leur-medecin>

Heston, A. L., Esmonde, N. O., Dugi, D. D., 3rd, & Berli, J. U. (2019). Phalloplasty: techniques and outcomes. *Transnational andrology and urology*, volume 8(3), 254–265. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.05>

Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(Suppl 2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>

INAMI. (2021, 24 février). Transidentité : Notre intervention dans le coût d'un accompagnement dans un centre spécialisé. Repéré à <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/centres-reeducation/Pages/transidentite-intervention-cout-accompagnement-centre-specialise.aspx>

Institut National du Cancer. (s.d.). Ovariectomie. Repéré à <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/O/ovariectomie>

IEFH. (2013). Éliminer les discriminations structurelles des personnes transgenres en Belgique. Repéré à Microsoft Word - Texte vision transgenre (belgium.be)

IEFH. (s.d.). *Législation*. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. <https://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/transgenre/legislation>

Institut de recherche en santé du Canada. (2020, 28 avril). Qu'est-ce que le genre ? Qu'est-ce que le sexe ? Repéré à <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>

Karsay, D. (2021). *Trans & Poverty. Poverty and economic insecurity in trans communities in the EU*. TGEU. <https://tgeu.org/wp-content/uploads/2021/11/TGEU-trans-poverty-report-2021.pdf>

Kirczenow MacDonald T. (2019). Lactation Care for Transgender and Non-Binary Patients : Empowering Clients and Avoiding Aversives. *Journal of Human Lactation, volume 35* (2), 223-226. <https://doi.org/10.1177/0890334419830989>

Konbini (Director). (2021). *J'ai été enceint de ma fille | Le Speech d'Ali* [Film]. Konbini.

Konbini (Director). (2022). “Ce n'est pas du tout la PMA pour toutes” : *Anna, femme transgenre, nous parle de transidentité et PMA* [Film].

<https://www.konbini.com/videos/ce-nest-pas-du-tout-la-pma-pour-toutes-anna-femme-transgenre-nous-parle-de-transidentite-et-pma/>

Le planning familial. (2022, Août 26). *Tribune - Le Planning familial : « Nous n'avons pas oublié qu'il fallait un utérus pour vivre une grossesse »*. Récupéré sur Libération :

https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/le-planning-familial-nous-navons-pas-oublie-quil-fallait-un-uterus-pour-vivre-une-grossesse-20220826_CQ44XHQPQNBDHBQKZKMIZL6UKQ/?utm_medium=Social&xtr=CS7-50-utm_source=Facebook#Echobox=1661530849

Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J.M. et Kerns, J.L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. American College of Obstetricians and Gynecologists, vol. 0 (0), p. 1-8.

<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000540> (Light et al., 2014)

MacDonald, T. (s.d.). *ALLAITEMENT : SOUTENIR LES HOMMES TRANSGENRE*. La Lèche Ligue Internationale. <http://laligadelaleche.eu/wp-content/uploads/Apoyando-a-hombres-transexuales.pdf>

MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016, May 16). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0907-y>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2016, April 13). *Périnatalité*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2017, November 30). *Santé reproductive*.

Ministère de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-reproductive>

Monica Hahn, N.S. (2019). Providing Patient-Centered Care for Transgender Men and Gender-Diverse Individuals. *Obstetrics and Gynecology*, 959-963.

Motmans J., Wyverkens E. et Defreyne J.. (2017). Être une personne transgenre en Belgique, Dix ans plus tard. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Repéré à https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_etre_une_personne_transgenre_en_belgique.pdf

Mpasinas, M. (2020). *Le non recours aux soins transspécifiques*.

Obedin-Maliver, J., et Makadon, H. J. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric medicine*, 9(1), 4–8. <https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>

OMS. (s.d.). *CIM-11 – Aide-mémoire*. CIM-11.

https://icd.who.int/fr/docs/icd11factsheet_fr.pdf

OMS. (2018, August 23). *Genre et santé*. WHO | World Health Organization.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

OMS. (2022, 02). *CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (CIM-11 SMM)*.

ICD-11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>

ONU. (2013). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. Repéré à https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

Rasson, A. C., & Laffineur, J. (2021, 12). *Les droits des enfants intersexes* [Analyse]. COORDINATION DES ONG POUR LES DROITS DE L'ENFANT. <http://www.lacode.be/analyse-les-droits-des-enfants.html> Service Public Fédéral Justice. (s.d.) Nouvelle réglementation pour les personnes transgenres. Repéré à https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/personnes_et_familles/transgenres

Société Canadienne du Cancer. (2014). Vaginectomy.

<https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/vaginal/treatment/surgery>

TGEU. (s.d.). *About us - TGEU*. TGEU. <https://tgeu.org/about-us/>

TGEU. (2014, 1^{er} mai). TGEU's Trans Murder Monitoring Project Unveils Interactive Map. Repéré à <https://tgeu.org/press-release-transgender-europes-trans-murder-monitoring-project-unveils-interactive-map-of-more-than-1500-reported-murders-of-trans-people-since-january-2008-1/>

TGEU. (2022a). Belgium. Repéré à <https://transrightsmap.tgeu.org/home/>

TGEU. (2022b). Fast facts. Repéré à <https://transrightsmap.tgeu.org/fast-facts>

TGEU. (2022c). Indicators. Repéré à <https://transrightsmap.tgeu.org/indicators>

TGEU. (2022d, 12 mai). Trans Rights Map 2022 reveals slow comeback of progress on trans rights. Repéré à <https://tgeu.org/trans-rights-map-2022/>

UNESCO. (s.d.). *Genre*. UNESCO Institute for Statistics. <http://uis.unesco.org/fr/glossary-term/genre>

Vandenbroucke L., Lavoué V., Voltzenlogel M.-C., Le Guellec M., Lassel L., Isly H., Poulain P., Morcel K.. Facteurs de risques et conséquences périnatales des grossesses rapprochées : étude cas-témoin rétrospective. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 166-173.

Vanheuverzwijn, C., & Schiemskey, V. (2019, mars). Des Maisons Médicales Friendly. *Santé conjuguée*, 86, 31-32.

Voegtline, K., Costigan, K., Kivlighan, K., Henderson, J., & DiPietro, J. (2013). Sex-specific associations of maternal prenatal testosterone levels with birth weight and weight gain in infancy. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 4(4), 280-284. doi:10.1017/S2040174413000135

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., et Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* (London, England), 388(10042), 390–400. Repéré à [Transgender people: health at the margins of society - CORE Reader](#)

Yogyakarta Principles (s.d.). *About the Yogyakarta Principles*. Récupéré Yogyakarta Principles : <http://yogyakartaprinciples.org/principles-en/about-the-yogyakarta-principles/>

Yogyakarta Principles. (s.d.). *Principes de Jogjakarta* – Yogyakartaprinciples.org.

Yogyakarta Principles. <https://yogyakartaprinciples.org/principles-fr/>

Annexes

Annexe I : Amendement n°560 proposé pour la loi bioéthique n°4222

ART. PREMIER

N° 560

ASSEMBLÉE NATIONALE

4 juin 2021

BIOÉTHIQUE - (N° 4222)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N ° 560

présenté par

M. Chiche, Mme Bagarry, Mme Forteza, Mme Gaillot, M. Orphelin et M. Taché

ARTICLE PREMIER

Compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante :

« Le changement de sexe à l'état civil prévu à l'article 61-5 ne fait pas obstacle à l'accès à l'assistance médicale à la procréation. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à permettre aux hommes transgenres de recourir à l'accès à la procréation médicalement assistée.

Annexe II : TGEU. (2022a). Belgium. Récupéré sur Trans Rights Map :_

**TRANS
RIGHTS
MAP**

Europe & Central Asia 2022



Belgium

21/30 indicators met



Overview

10/13 Legal Gender Recognition

2/2 Asylum

1/3 Hate Speech / Crime

7/8 Non-Discrimination

0/2 Health

1/2 Family



Co-funded by
the European Union

Downloaded from transrightsmap.tgeu.org on 21/07/2022

Belgium

Detail

Legal Gender Recognition

- Existence of legal measures
- Existence of administrative measures
- Name change
- Name change (no age restriction)
- Self-determination
- No diagnosis or psychological opinion required
- No compulsory medical intervention required
- No compulsory surgical intervention required
- No compulsory sterilisation required
- No compulsory divorce required
- LGR procedures exist for minors
- LGR without age restriction
- Non-binary Recognition

Asylum

- Law
- Policy/Other



Hate Speech / Crime

- Hate crime law
- Hate speech law
- Policy tackling hatred

Non-Discrimination

- Employment
- Health
- Education
- Goods & Services
- Housing
- Equality body mandate
- Equality action plan
- Law (gender expression)

Health

- Depathologisation
- Conversion therapy prohibited

Family

- Parenthood recognition
- Non-binary parenthood recognition

Downloaded from transrightsmap.tgeu.org on 21/07/2022

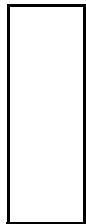
Annexe III : Rapport médical démontrant que le bénéficiaire répond aux conditions d'intervention dans le coût du programme d'accompagnement multidisciplinaire de la transidentité



À annexer au formulaire de demande d'intervention dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle

I. DONNEES ADMINISTRATIVES

1.1 Identification du bénéficiaire



(Apposer une vignette.)

1.2 Identification du centre conventionné

Numéro d'identification : 7.76.2 Nom et adresse :

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

II. DONNEES MEDICALES

Le médecin soussigné déclare que le patient[1] :

- demande une aide psychosociale et/ou médicale concernant son identité ou son expression de genre,
- présente des symptômes d'une dysphorie de genre ou en a reçu le diagnostic, selon la définition du DSM-5 (codes 302.6 [enfants], 302.85 [adolescents et adultes]), ou éventuellement de la CIM-11, ou d'une édition ultérieure de ces classifications.

La demande concerne l'intervention dans¹ :

- des séances d'accompagnement psychosocial (séances) et éventuellement 1 ou 2 entretiens pré- ou postopératoires (entretiens)

Période d'intervention demandée (max. 36 mois) :

du/...../..... au/...../..... inclus.

- des forfaits médicaments trimestriels (forfaits médicaments) : le forfait médicaments ne peut être demandé que si au moins une séance remboursable a déjà été dispensée au bénéficiaire et si le bénéficiaire doit effectivement être traité avec des analogues de la gonadotrophine. Le forfait médicaments ne doit être demandé qu'une seul fois. La période de prise en charge pour le forfait médicaments court à partir de la date de début du traitement par analogues de la gonadotrophine, au plus tard jusqu'au jour du 19^e anniversaire du bénéficiaire. Pendant la période accordée, le forfait médicaments peut être facturé pour chaque période de 3 mois au cours de laquelle le bénéficiaire reçoit effectivement un traitement par analogues de la gonadotrophine. La dernière période de 3 mois doit s'achever au plus tard la veille du 19^e anniversaire du bénéficiaire.

Date de début du traitement aux analogues de la gonadotrophine :/...../.....

Date de la séance la plus récente :/...../.....

Il s'agit d'une [2] :

- première prescription** pour une période d'intervention dans des séances et des entretiens éventuels
- prolongation** de la période d'intervention dans des séances et des entretiens éventuels :

Pour ce bénéficiaire :

..... [3] séances ont déjà été réalisées jusqu'à l'année précédent son 16^e anniversaire

.....³ séances ont déjà été réalisées depuis l'année civile au cours de laquelle il a atteint son 16^e anniversaire

..... [4] entretiens ont déjà été réalisés.

- première prescription** pour le **forfait médicaments**

Le **médecin responsable du Centre conventionné** : nom, signature et date

.....
.....

III. DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande :/...../.....

Décision du médecin-conseil² :

Favorable pour

- les séances et entretiens
- les forfaits médicaments

Défavorable pour

- les séances et entretiens
- les forfaits médicaments

parce que :

.....
.....
.....
.....

Autre :

.....
.....
.....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....
.....

Annexe IV : Formulaire de demande d'intervention dans les frais de déplacement

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION
DANS LE COUT DE PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE
ET DANS LES FRAIS DE DEPLACEMENT QUI S'Y RAPPORTENT**

A adresser au médecin-conseil de l'organisme assureur.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom - Prénom :

Rue et n° :

Code postal et commune :

Date de naissance :/...../.....

Réserve à la vignette délivrée par l'organisme assureur

1. La demande concerne

1.1. l'intervention de l'assurance dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle :

1.1.1. O par un établissement conventionné : les points 2 et 3 du présent formulaire doivent être complétés.

1.1.2. O par un orthoptiste : les points 2 et 4 du présent formulaire doivent être complétés.

1.1.3. O pour un appareillage : le point 5 doit être complété.

1.1.4. O pour des patients cardiaques : le point 6 doit être complété.

1.2. l'intervention de l'assurance dans les frais de déplacement du bénéficiaire qui se rapportent aux prestations visées au point 1.1.1. ci-dessus :

1.2.1. O se reporter au point 7 (ne concerne que les déplacements du bénéficiaire dans un véhicule adapté à son transport dans sa voiturette d'invalidité, effectués en direction et en provenance de l'établissement de rééducation fonctionnelle, dans le cadre des prestations visées au point 1.1.1. ci-dessus.)

2. Rééducation fonctionnelle dans un établissement conventionné / par un orthoptiste / rééducation cardiaque[5] :

- Il s'agit : O d'une première demande.

O d'une demande de prolongation.

- La période demandée débute le/...../.....

3. Rééducation fonctionnelle dans un établissement conventionné :

- Nom de l'établissement :

- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. de l'établissement :

- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande : un rapport médical de l'établissement démontrant que le bénéficiaire répond aux conditions de la convention.

4. Rééducation fonctionnelle par un orthoptiste :

- Nom de l'orthoptiste :

- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. de l'orthoptiste :

- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande : la prescription médicale avec mention de la nature des troubles et de la déficience visuelle, des objectifs poursuivis, du type, du nombre et de la fréquence des séances demandées.

5. Appareillage :

- 5.1. O Appareil à parler pour personne ayant subi une laryngectomie.
- 5.2. O Prothèse externe en cas de mutilation faciale.
- 5.3. O Aide optique pour malvoyance.
- 5.4. O Matériel pour le traitement à domicile des hémochromatoses majeures.

A joindre obligatoirement au présent formulaire : la prescription médicale de l'appareillage demandé par le médecin (nom et numéro d'identification I.N.A.M.I. du médecin) :

6. Prestations de rééducation pour des patients cardiaques :

- Nom du Service de rééducation cardiaque :
- Adresse :
- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. du service :
- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande :
 - a) la prescription médicale de la rééducation avec mention de la date du début de la rééducation, de la période prévue, du type de séances et de la fréquence des séances ;
 - b) une copie de l'évaluation rééducationnelle pluridisciplinaire.

Le Collège des médecins-directeurs peut déterminer le modèle de ces documents.

7. Demande d'intervention dans les frais de déplacement du bénéficiaire :

Ne concerne que les déplacements du bénéficiaire prévus par l'A.M. du 14.12.1995 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la rééducation fonctionnelle (MB du 30.12.1995).

A joindre obligatoirement au présent formulaire : un certificat médical motivé démontrant que le bénéficiaire ne peut effectuer les déplacements en direction et en provenance de l'établissement en raison de la nature et de la gravité de sa pathologie que dans sa voiturette d'invalidité.

Date et signature du bénéficiaire ou de son mandataire

Réservé au Médecin-conseil	Réservé au Collège des médecins-directeurs
<p>Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :</p> <p>Décision :</p> <p><input type="radio"/> favorable.</p> <p><input type="radio"/> autre :</p> <p>Avis à l'intention du Collège des médecins-directeurs :</p> <p><input type="radio"/> favorable.</p> <p><input type="radio"/> autre :</p>	

Annexe V : Convention entre le comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI pour le centre d'accompagnement de la transidentité

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION

**ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE
DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
ET LE #####,
POUR LE CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT
DE LA TRANSIDENTITE, A #####**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6° et 23, § 3 ;

sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

il est convenu ce qui suit entre,

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part,

le #####, à #####, pour son centre d'accompagnement de la transidentité.

Article 1 Le centre d'accompagnement de la transidentité, à #####, est désigné dans la présente convention par le terme « centre ».

Article 2 La présente convention définit les rapports entre, d'une part, le centre et, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, l'INAMI et les organismes assureurs, en ce qui concerne notamment le programme de soins, les prestations prévues par cette convention, les moyens mis en œuvre pour réaliser ces prestations, leur prix et les modalités de paiement de ce prix.

I. BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3 Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé

1. qui adresse au centre une demande d'aide psychosociale et, si nécessaire, médicale concernant son identité ou son expression de genre,
2. et/ou qui présente des symptômes d'une dysphorie de genre ou qui en a reçu le diagnostic, selon la définition du DSM-5 (codes 302.6 [enfants], 302.85 [adolescents et adultes]), éventuellement de la CIM-11, ou d'une édition ultérieure de ces classifications.

II. OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SOINS

Article 4 § 1 Une personne qui répond à la définition des bénéficiaires (article 3) peut avoir besoin d'un accompagnement psychosocial et, si nécessaire, médical. Le centre peut réaliser en sa faveur un programme de soins qui vise au moins 3 des objectifs suivants :

1. Mettre à la disposition du bénéficiaire des compétences cliniques et scientifiques, afin d'établir avec lui, et si nécessaire avec ses proches, un bilan complet de la divergence entre son identité ou expression de genre et le genre qui lui est assigné, et de déterminer si un programme de soins est indiqué.
2. Rechercher la présence d'une éventuelle dysphorie de genre ; le cas échéant, en poser ou en confirmer le diagnostic, examiner ses causes et conséquences dans la vie du bénéficiaire.
3. Informer et conseiller le bénéficiaire sur les traitements existants en particulier les traitements hormonaux, médicamenteux et chirurgicaux d'affirmation du genre (nature de ces traitements, observance qu'ils requièrent, effets attendus, effets non-désirés).
4. Prescrire, coordonner et suivre les traitements indiqués ; effectuer la gestion de cas.
5. Dispenser une psychoéducation au bénéficiaire, pour lui permettre
 - de surmonter certaines difficultés que la dysphorie de genre peut entraîner dans sa vie quotidienne,
 - et/ou de gérer le traitement d'affirmation du genre et ses conséquences.
6. En cas de prescription d'une chirurgie de réattribution sexuelle, orienter le bénéficiaire vers un hôpital qui réalise cette chirurgie, prendre tous les contacts utiles avec cet hôpital et organiser avec lui la dispensation des soins (planification de l'entretien préopératoire, consultations chez le chirurgien, opération chirurgicale...)
7. Soutenir et conseiller le bénéficiaire si des difficultés financières font obstacle à l'intervention chirurgicale.

Le programme de soins remboursé en application de la présente convention n'a pas pour objectif la dispensation d'une psychothérapie monodisciplinaire ou d'une psychothérapie de moyenne ou longue durée aux bénéficiaires.

§ 2 Le centre développe un réseau de collaboration avec les acteurs de la santé et du bien-être, tels que les dispensateurs de soins de 1^{re} ligne (médecins, psychologues), les hôpitaux, les PMS, les centres de santé mentale, les associations... qui rencontrent des personnes susceptibles de présenter une dysphorie de genre, afin de permettre la détection et l'orientation rapides de celles qui ont besoin de soins spécialisés.

III. NATURE DES PROGRAMMES ET DES PRESTATIONS

Article 5 Tout programme individuel de soins multidisciplinaire couvert par la présente convention consiste dans l'ensemble coordonné des actes réalisés en faveur d'un bénéficiaire de la convention (article 3) qui sont appropriés à sa situation, qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l'article 4 et qui ne sont pas couverts par la nomenclature des prestations de santé (annexe à l'A.R. du 14.09.1984). Ces actes sont dispensés sous la forme de séances individuelles, de séances familiales, de séances de groupe ou d'entretiens (article 6), par les membres de l'équipe thérapeutique du centre (article 8), au cours de la période fixée par le médecin-conseil de l'organisme assureur (article 18). Les actes couverts par la nomenclature des prestations de santé peuvent être intégrés dans le programme de soins, mais ils ne sont pas couverts par la convention. Les médicaments utilisés dans le cadre du programme de soins sont remboursés en application de la législation sur le remboursement des médicaments, ou à défaut par l'intermédiaire du forfait médicaments visé à l'article 6, § 6.

Article 6 **§ 1** Les prestations prévues par la présente convention sont dénommées :

- « séance d'accompagnement psychosocial individuelle », abrégée en « séance individuelle »,
- « séance d'accompagnement psychosocial familiale », abrégée en « séance familiale »,
- « séance d'accompagnement psychosocial en groupe », abrégée en « séance de groupe »,
- « entretien pré- ou postopératoire », abrégé en « entretien »,
- « forfait médicaments trimestriel », abrégé en « forfait médicaments ».

§ 2 Chaque séance *individuelle* exige la présence durant une heure au total, face à un seul bénéficiaire, éventuellement accompagné de proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 de l'article 8. La séance est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 1.

Les séances qui se dérouleraient face à plusieurs bénéficiaires ne peuvent pas être considérées comme des séances *individuelles*. Elles ne peuvent être portées en compte dans le cadre de la présente convention que dans le cas où elles répondent aux conditions des séances de groupe. Seulement dans le cas où parmi les proches d'un bénéficiaire, il y a un ou plusieurs autres bénéficiaires, une seule séance *individuelle* peut être portée en compte pour un seul bénéficiaire qui a assisté à cette séance qui se déroulerait face à plusieurs bénéficiaires.

La première prestation réalisée dans le cadre de la présente convention auprès d'un nouveau bénéficiaire est toujours une séance individuelle.

Les actes effectués au cours d'une *séance individuelle* peuvent être :

1. La réalisation d'un bilan multidisciplinaire, comprenant la passation de tests et échelles psychométriques pertinents.
2. L'élaboration d'un plan de soins individualisé, comprenant tous les soins prévus par la présente convention et par la nomenclature des prestations de santé, en ce compris la concertation multidisciplinaire sur l'indication ou la non-indication d'une hormonothérapie et/ou d'une opération chirurgicale (à réaliser par un service hospitalier spécialisé).
3. L'information du bénéficiaire sur les éventuelles conséquences médicales et psychosociales de la dysphorie de genre et sur les traitements.
4. La pose de l'indication de certains soins, leur coordination et l'accompagnement de leur dispensation ; la gestion des cas (*case managment*) qui nécessitent l'intervention de plusieurs dispensateurs ou services de soins.
5. En accord avec les règles de bonne pratique validées à un niveau international, la dispensation d'une psychoéducation portant sur la dysphorie de genre, sur ses répercussions dans la vie quotidienne et/ou sur l'observance et les conséquences du traitement, en particulier le traitement hormonal et les interventions chirurgicales.
6. La réorientation adéquate de bénéficiaires dont les troubles ne peuvent pas être traités ni suivis par le centre en raison de leur nature, de leur sévérité, ou de leur complexité.
7. L'aide au bénéficiaire dans les formalités administratives et dans la liaison avec les institutions de soins, les services sociaux et les services administratifs, en vue de garantir le bon déroulement du plan de soins individualisé.
8. L'information du bénéficiaire sur les aspects pertinents de la législation.
9. L'offre d'un soutien et d'un conseil, lorsque des obstacles financiers compliquent la planification d'interventions chirurgicales.

§ 3 Chaque séance *familiale* exige la présence durant 1,5 heure au total, face à un seul bénéficiaire accompagné d'un ou plusieurs proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 de l'article 8. La séance familiale est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 2.

Dans le cas où parmi les proches d'un bénéficiaire qui assistent à une séance *familiale*, il y a un ou plusieurs autres bénéficiaires, une seule séance familiale peut être portée en compte pour un seul bénéficiaire qui a assisté à cette séance qui se déroulerait face à plusieurs bénéficiaires.

La séance familiale a pour but de répondre aux questions des proches, de donner attention au vécu émotionnel de la transidentité du bénéficiaire par le bénéficiaire et ses proches, de donner attention dans ce contexte aux relations intrafamiliales et d'améliorer ainsi les relations intrafamiliales.

§ 4 Chaque *séance de groupe* exige la présence durant 2 heures au total, face à un maximum de 10 bénéficiaires, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 et 3 de l'article 8. La séance de groupe est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 3.

La séance de groupe a pour but de favoriser l'échange entre les bénéficiaires et le partage d'expériences liées à la transidentité sous la supervision d'un ou plusieurs thérapeutes du centre visés aux points 2 et 3 de l'article 8.

§ 5 Chaque *entretien* exige la présence durant une heure au total, face à un seul bénéficiaire, éventuellement accompagné de proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 de l'article 8. L'entretien est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 4.

Les éventuels entretiens qui se dérouleraient face à plusieurs bénéficiaires ne sont pas considérés comme des prestations et ne peuvent pas donner lieu à une intervention de l'assurance ; elles ne sont pas facturables.

Les actes effectués au cours d'un *entretien* peuvent être :

1. La réalisation d'un bref bilan permettant de vérifier que le bénéficiaire a pris une décision ferme et définitive, en étant parfaitement informé de toutes les conséquences attendues à court, moyen et long terme de l'intervention chirurgicale, et des effets indésirables possibles.
2. Une information sur les modalités pratiques de l'intervention chirurgicale, sur l'équipe qui la réalisera...
3. Un bilan postopératoire, à la demande du bénéficiaire et/ou après évaluation par son médecin traitant, afin d'offrir un soutien pendant le séjour à l'hôpital, et éventuellement en cas de complications post-chirurgicales.

Un entretien peut uniquement être réalisé par le centre conventionné situé dans l'hôpital qui réalise l'opération chirurgicale de réassignation sexuelle. Si le centre n'est pas situé dans cet hôpital, il ne peut facturer d'entretien ni à l'assurance soins de santé, ni au bénéficiaire. Le cas échéant, il peut adresser le bénéficiaire à un centre situé dans l'hôpital qui réalise l'opération chirurgicale. Ce dernier centre peut réaliser l'entretien sans avoir introduit la demande d'accord d'intervention de l'assurance visée à l'article 18, et obtenir le remboursement des entretiens remboursables, si les conditions suivantes sont remplies :

- il a lui-même conclu la présente convention,
- le bénéficiaire lui est adressé par le centre qui le suit dans le cadre de la présente convention, sur la base d'un accord d'intervention de l'assurance encore valide, donné en application de l'article 18.

§ 6 Chaque *forfait médicaments* couvre les analogues de la gonadotrophine (GnRH) utilisés par le bénéficiaire, pour chaque période de traitement de 3 mois qui tombe complètement avant le 21^e anniversaire du bénéficiaire, dans le cadre des soins dispensés en application de la présente convention. Il ne peut donner lieu à une intervention de l'assurance que si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1. le centre traite le bénéficiaire dans le cadre d'un programme de soins visé à l'article 5 et lui a déjà dispensé au moins une séance individuelle remboursable, conformément au § 2,
2. les analogues de la gonadotrophine ne sont pas remboursables par ailleurs,
3. ils sont prescrits par le médecin coordinateur visé à l'article 8, § 1, 1, ou par un endocrinologue pédiatrique ou un pédopsychiatre qui travaillent en concertation étroite avec l'équipe thérapeutique du centre, en application de l'article 14, § 2.

Le forfait médicaments est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 5.

§ 7 Le ou les thérapeutes de l'équipe visés aux points 2 à 5 de l'article 8 qui interviennent au cours des prestations dont question aux § 2 à 5 possèdent les compétences nécessaires, en fonction des actes effectués.

Les prestations visées aux § 2 à 5 peuvent uniquement être réalisées dans les locaux du centre dont question à l'article 14, § 1^{er}.

§ 8 Les consultations chez les médecins spécialistes, ainsi que les autres formes de soins et de traitements remboursés par ailleurs (les prestations de santé prévues par la nomenclature, les médicaments...) ne sont pas couvertes par la présente convention ; elles peuvent être facturées séparément, selon les conditions fixées par la réglementation en vigueur. Le médecin coordinateur (article 8, § 1, 1) respecte les honoraires fixés par la nomenclature des prestations de santé, sans y ajouter de supplément. Pour chaque spécialité à laquelle il fait appel dans le cadre du programme de soins prévu par la présente convention, le centre collabore avec au moins un médecin qui consulte dans l'hôpital où il est situé (article 14, § 1) et qui se conforme à ces mêmes honoraires, sans y ajouter de supplément. Il adresse le bénéficiaire à ce médecin, sauf si le bénéficiaire choisit un autre médecin, en étant parfaitement informé.

Les règles de cumul fixées à l'article 25 sont d'application.

§ 9 La présente convention ne couvre ni le remboursement d'une psychothérapie monodisciplinaire, ni le remboursement d'une psychothérapie de moyenne ou longue durée au-delà du nombre maximum de séances remboursables fixé à l'article 21, § 1. Si le bénéficiaire a besoin d'une psychothérapie monodisciplinaire ou d'une psychothérapie de moyenne ou longue durée, le centre peut soit l'adresser à un psychothérapeute qui n'appartient pas à l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, soit dispenser lui-même cette psychothérapie, hors du cadre de la présente convention. Le centre veille à l'application des dispositions du § 10 et de l'article 28.

§ 10 Le centre explique clairement à chaque bénéficiaire les objectifs et la nature des soins dispensés, en distinguant :

- les soins dispensés et remboursés en application de la convention,
- les soins dispensés dans le cadre du programme prévu par la convention, mais remboursés par l'assurance soins de santé dans un autre cadre réglementaire,
- les soins ou services qui ont un lien avec le programme prévu par la convention et/ou qui peuvent être proposés par l'équipe multidisciplinaire, mais qui ne sont pas remboursés par l'assurance soins de santé.

Avant ou au cours de la 1^{ère} séance individuelle, le centre détaille les coûts liés à l'ensemble de ces soins, en distinguant les coûts à charge de l'assurance et les coûts à charge du bénéficiaire. Il lui remet un document explicatif contre accusé de réception signé.

IV. DEFINITION DE L'ETABLISSEMENT

4.1. Définition

Article 7 Le centre visé par la présente convention est l'équipe multidisciplinaire (article 8) qui travaille de manière coordonnée à l'exécution des actes prévus par la présente convention (article 6, §§ 1 à 6), afin d'atteindre les objectifs fixés (article 4), en faveur des bénéficiaires visés par cette même convention (article 3).

4.2. Cadre du personnel

Article 8 § 1 Le cadre du *personnel thérapeutique* du centre comprend au moins les fonctions 1 à 5 ci-dessous :

1. Médecin coordinateur,
2. - Psychologue pour enfants et adolescents (si le centre traite des bénéficiaires de moins de 16 ans)
 - [FACULTATIF, donc sans obligation pour l'établissement] orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents (si le centre souhaite faire appel à cette fonction pour la prise en charge des bénéficiaires de moins de 18 ans),
3. Psychologue sexologue (si le centre traite des bénéficiaires de 16 ans et plus),
4. Case manager (gestionnaire de cas),
5. Travailleur social.

Le cadre du *personnel administratif* comprend toujours la fonction suivante :

6. Secrétaire.

§ 2 Tous les membres de l'équipe thérapeutique (fonctions 1 à 5) répondent aux conditions fixées à l'article 9. La fonction 1 est exercée par une seule personne. Aucun membre de l'équipe exerçant les fonctions 2 à 5 ne travaille moins de 5 heures par semaine dans le cadre de la convention. La fonction 6 est exercée par une ou plusieurs personnes répondant aux conditions fixées à l'article 9, § 1.

En cas d'absence de courte durée des titulaires d'une fonction thérapeutique (1 à 5), celle-ci peut être exercée temporairement par un remplaçant qui est de préférence issu du service hospitalier auquel le centre appartient, et qui possède les qualifications, connaissances et expérience requises pour exercer cette fonction. Le centre prend toutes les dispositions nécessaires pour éviter que les remplacements de membres du personnel thérapeutique aient des conséquences négatives pour les bénéficiaires. Afin de garantir la parfaite continuité des soins, les remplaçants ont une connaissance approfondie de la situation des bénéficiaires qui ont déjà reçu des séances dans le centre. Ils consignent toutes les observations utiles dans le dossier du bénéficiaire.

Article 9 **§ 1** Tous les membres du personnel thérapeutique selon leur fonction (article 8, § 1, 1 à 5) prouvent, par leur formation et par leur expérience professionnelle, leur compétence et leur expérience concernant les aspects médicaux et psychosociaux de la dysphorie de genre, de ses causes, de ses conséquences et de son traitement.

Les membres du personnel administratif possèdent une connaissance suffisante de la dysphorie de genre, afin d'accueillir les bénéficiaires de manière adéquate.

§ 2 Des dispositions particulières sont d'application pour les personnes qui occupent les fonctions suivantes :

Médecin coordinateur

Un et un seul médecin spécialiste exerce la fonction de coordinateur. En plus des tâches découlant de sa fonction de spécialiste du transgénérisme et de la dysphorie de genre, il assume la direction médicale et la coordination de l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, § 1, 2-6, pour tout ce qui concerne l'application de la présente convention. Il est en particulier responsable de

- la coordination de l'équipe multidisciplinaire,
- la qualité et la bonne organisation des soins dispensés,
- la pertinence et la cohérence de chaque programme de soins individuel,
- l'expérience, la compétence et la formation continue de chaque membre de l'équipe thérapeutique, dans la fonction qu'il exerce en application de la convention,
- l'actualité et la validité médicale des concepts qui fondent les programmes de soins,
- la qualité des données recueillies et transmises.

Il a une voix prépondérante dans le recrutement et la sélection des membres de l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, § 1, 2-6.

Il démontre – par sa formation, par son parcours professionnel et par ses publications scientifiques dans des revues internationales soumises au peer review – sa compétence et son expérience approfondies des éventuels aspects médicaux et psychosociaux de la dysphorie de genre.

Psychologue de l'enfant et de l'adolescent ; psychologue sexologue pour adultes

La ou les personnes qui exercent la fonction de psychologue de l'enfant et de l'adolescent, ou la fonction de psychologue sexologue possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction de psychologue. Le psychologue qui travaille avec des enfants et des adolescents de moins de 16 ans démontre son expérience clinique dans cette classe d'âge. Le psychologue qui travaille avec des adultes possède également un diplôme de sexologue. Ils peuvent en outre démontrer leur expérience de la prise en charge de patients dont la condition de santé a des répercussions sur l'image de soi, l'identité de genre, la sexualité et le fonctionnement psychosexuel. Elles ont une connaissance approfondie de la dimension existentielle de la dysphorie de genre et une bonne connaissance de ses aspects médicaux.

Orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents

Dans le cas où l'établissement souhaite inclure la fonction d'orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents de moins de 18 ans dans le cadre du personnel thérapeutique : la ou les personnes qui exercent la fonction d'orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction d'orthopédagogue clinicien. L'orthopédagogue clinicien travaille avec des enfants et des adolescents de moins de 18 ans et démontre son expérience clinique dans cette classe d'âge. Il peut en outre démontrer son expérience dans l'accompagnement et la prise en charge de patients dont la condition de santé a des répercussions sur l'image de soi, l'identité de genre, la sexualité et le fonctionnement psychosexuel. Il a une connaissance approfondie de la dysphorie de genre et une bonne connaissance de ses aspects médicaux.

Case manager

La ou les personnes qui exercent la fonction de case manager possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction. Elles ont une connaissance approfondie de la dysphorie de genre. Elles sont capables

- de tenir le rôle de premier point de contact entre les bénéficiaires et le centre,
- de coordonner toutes les composantes médicales, psychologiques et psychosociales du traitement et de l'accompagnement des bénéficiaires, pour tous les aspects de la dysphorie de genre visés par la présente convention, en ce compris les soins qui ne sont pas dispensés par le centre lui-même,
- de conseiller les bénéficiaires et les membres de leur entourage afin de leur permettre de gérer eux-mêmes certains aspects du traitement,
- d'enregistrer les données relatives aux bénéficiaires, et de les gérer de manière sécurisée, dans la stricte application de la législation relative à la vie privée et au secret médical.

Travailleur social

La ou les personnes qui exercent la fonction de travailleur social possèdent la qualification d'infirmier social, d'infirmier spécialisé en santé communautaire, ou d'assistant social. Elles possèdent des connaissances suffisantes sur la dysphorie de genre et une connaissance approfondie de la sécurité sociale à tous ses niveaux d'organisation. Elles peuvent proposer des solutions concrètes aux problèmes sociaux et/ou financiers qui se posent aux bénéficiaires, en conséquence directe ou indirecte de leur dysphorie de genre. Dans ce contexte, elles aident les bénéficiaires dans les formalités administratives et assurent la liaison avec les institutions et services sociaux et administratifs.

Article 10 **§ 1** *Le temps de travail pour la réalisation des séances visées à l'article 6, §§ 2 à 4 en application de la convention* (ci-dessous : *temps de travail*) est le temps effectivement consacré à la réalisation des séances prévues par la convention ou des tâches induites par la réalisation de ces séances, en la présence ou hors de la présence des bénéficiaires. Il s'agit du temps pris en compte dans le calcul du prix des prestations (points 2 à 4 de l'annexe). En application de l'article 6, § 8, le temps consacré à la réalisation d'actes financés dans un autre cadre réglementaire n'est jamais pris en compte dans le temps de travail dans le cadre de la convention ; ce dernier est résiduaire par rapport au temps consacré à tous les actes financés par ailleurs.

Le *temps de travail total* est la somme des temps de travail de tous les membres de l'équipe.

§ 2 Afin de garantir la qualité des soins, le centre respecte une règle de proportionnalité entre le temps de travail total de son équipe thérapeutique et administrative et le nombre de séances qu'il réalise au cours d'une année civile. Cette règle est fondée sur le calcul du coût des séances. Elle est énoncée au point 5 de l'annexe.

Le centre respecte également une règle de proportionnalité, fondée sur le coût des séances dont question à l'article 6, §§ 2 à 4, pour la répartition des temps de travail entre les différentes fonctions. Selon cette règle :

1. Le temps de travail total dans chaque fonction ou groupe de fonction est la somme du temps de travail de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire qui exercent cette fonction. Le minimum ou le maximum du rapport entre le temps de travail total par fonction et le temps de travail total l'ensemble de l'équipe est mentionné dans le tableau suivant :

(Groupes de) fonctions	% minimum	% maximum
Médecin coordinateur (art. 8, § 1 ^{er} , point 1) :	5	
Masters (art. 8, § 1 ^{er} , points 2, 3 et 4) :	70	
Bacheliers (art. 8, § 1 ^{er} , point 5) :	5	
Secrétaires (art. 8, § 1 ^{er} , point 6) :		12

2. Le temps de travail total n'est jamais inférieur à 5 heures par semaine pour aucune des fonctions mentionnées aux points 1 à 4 de l'article 8.

Article 11 § 1 Le centre prend sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde...) ou définitivement (pour cause de licenciement, démission...). Il n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'il rémunère effectivement ce membre du personnel.

Si des membres de l'équipe en fin de carrière sont dispensés de prestations de travail conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d'autres membres de l'équipe, en tenant compte des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire n'est pas réglé par la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

§ 2 Le centre tient à jour un relevé complet des membres de l'équipe qu'il emploie. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque membre de l'équipe, sa fonction, ainsi que son temps de travail et son horaire hebdomadaire dans le cadre de la convention. Ce relevé doit pouvoir être présenté immédiatement lors de la visite d'un représentant de l'INAMI ou d'un organisme assureur.

Un récapitulatif de l'évolution du cadre du personnel du centre au cours de l'année précédente (reprenant l'identité de chaque membre du personnel, sa fonction, et son temps de travail) est établi selon un modèle défini par le Service des soins de santé. Il est adressé chaque année au Service des soins de santé de l'INAMI, avec la comptabilité visée à l'article 30.

§ 3 En cas de non-respect du cadre requis, au cours d'une année civile déterminée, le Comité de l'assurance peut décider, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, de résilier la présente convention et/ou de récupérer un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l'année civile considérée. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre a l'occasion d'expliquer par écrit les raisons du non-respect du cadre.

Le centre s'engage à ne pas récupérer auprès de ses bénéficiaires le montant des interventions de l'assurance qu'il aurait dû rembourser en application des dispositions ci-dessus.

Article 12 Le coût salarial du personnel occupé dans le cadre de la convention est entièrement supporté par le centre sur la base du remboursement du coût des prestations obtenu en application de cette convention. Le centre ne peut dès lors percevoir aucune autre intervention financière de la part d'une autorité publique – quel qu'en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial du personnel financé par la présente convention.

Article 13 L'équipe thérapeutique multidisciplinaire se réunit au moins une fois par mois. Ces réunions contribuent à la cohérence de son fonctionnement et de ses interventions auprès de bénéficiaires ainsi qu'au partage et à la mise à jour des connaissances de ses membres dans toutes les matières utiles. Elles sont placées sous la supervision du médecin coordinateur.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu écrit qui reprend au moins les noms des participants, la liste des sujets abordés et les noms des bénéficiaires dont le cas a été discuté. Ce compte-rendu écrit est conservé par le centre.

4.3. Unité de fonctionnement et accessibilité

Article 14 **§ 1** Le centre est installé dans les locaux d'un hôpital, sur un seul site de cet hôpital. Il constitue une unité organisationnelle et fonctionnelle aisément identifiable comme telle par les bénéficiaires. Il dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels et des espaces de séance de groupe nécessaires, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers patients sont gardés à la disposition de l'équipe pluridisciplinaire. Il dispose en permanence de tout le matériel utile au bon déroulement des programmes de soins couverts par la présente convention.

§ 2 Le centre peut faire appel à tout médecin dont la spécialité est requise pour une prise en charge optimale des bénéficiaires dans le cadre de la présente convention, conformément aux dispositions de l'article 6, § 8. Il peut en particulier faire appel à un spécialiste, ayant une expérience du traitement de la dysphorie de genre, dans chacune des spécialités suivantes,

- s'il traite des bénéficiaires de moins de 16 ans : urologie pédiatrique, endocrinologie pédiatrique, pédopsychiatrie,
- s'il traite des bénéficiaires de 16 ans et plus : endocrinologie, urologie, gynécologie, chirurgie plastique, génétique, psychiatrie.

Ces médecins travaillent dans l'hôpital auquel le centre appartient, en concertation étroite avec l'équipe thérapeutique du centre. Ils assistent aux réunions de l'équipe multidisciplinaire chaque fois que leurs compétences y sont requises.

Néanmoins, le personnel de l'hôpital qui intervient auprès des bénéficiaires de la présente convention mais qui n'est pas explicitement repris dans le cadre effectif du personnel du centre, visé aux articles 8 et 9, ne fait pas partie du centre et ses interventions ne sont pas financées par la présente convention.

§ 3 Le centre veille à maximiser le temps de présence simultanée des membres de son personnel, afin de garantir son unité de fonctionnement et la disponibilité des différentes disciplines, lors de la venue des bénéficiaires. Il communique l'horaire hebdomadaire de ses activités et tout changement qui y est apporté, à ses bénéficiaires et au Service des soins de santé de l'INAMI.

Il prend toutes les mesures utiles pour qu'au moins 1 titulaire des fonctions 1 à 4, visées à l'article 8, § 1, soit rapidement accessible pendant les heures d'activité du centre.

4.6. Nombre minimal de bénéficiaires

Article 15 § 1 Afin de démontrer sa compétence et son expérience acquises dans la dysphorie de genre et ses conséquences, et dans la prise en charge thérapeutique des bénéficiaires, tout centre candidat à la conclusion de la présente convention prouve qu'au cours des 2 années civiles complètes qui précèdent l'année d'introduction de sa demande, il a suivi annuellement, en moyenne, un minimum de 100 personnes répondant aux conditions de l'article 3.

A partir de l'entrée en vigueur de la présente convention, au cours de chaque année civile, le centre réalise au moins une séance individuelle, une séance familiale, une séance de groupe ou un entretien dans le cadre de la présente convention en faveur d'un minimum de 100 bénéficiaires différents, répondant aux conditions de l'article 3. Les bénéficiaires en faveur desquels le centre ne réalise qu'un forfait médicaments ne sont pas pris en compte.

§ 2 La présente convention cesse d'être en vigueur, par décision du Comité de l'assurance sur proposition du Collège des médecins-directeurs, le 1^{er} juillet de l'année qui suit la 1^{ère} période de 2 années civiles consécutives au cours de laquelle le nombre minimum de bénéficiaires différents n'a pas été atteint. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre a l'occasion d'expliquer par écrit les raisons de l'insuffisance du nombre de ses bénéficiaires.

V. INTERVENTION DE L'ASSURANCE

DANS LE COUT DES PRESTATIONS

5.1. Intervention de l'assurance

Article 16 L'intervention de l'assurance dans le coût ou « prix » de toute prestation prévue par la présente convention est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de cette prestation en faveur d'un bénéficiaire. Elle est due pour toute prestation qui respecte les conditions prévues par la convention.

Article 17 § 1 Le montant de l'intervention de l'assurance est établi sur base de l'annexe à la présente convention. Il est fixé à :

	pseudocode	total (en euros)	indexable	non-indexable
1. Séance individuelle (art. 6, § 2)	787916-787920	100,53	95,78	4,75
2. Séance familiale (art. 6, § 3)	791571-791582	150,80	143,67	7,13
3. Séance de groupe (art. 6, § 4) : prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe	791792-791803	33,51	31,93	1,58
4. Entretien (art. 6, § 5)	787931-787942	100,53	95,78	4,75
5. Forfait médic. (art. 6, § 7)	787953-787964	273,79	0	273,79

§ 2 La partie indexable de ce montant est liée à l'indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation. Elle est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume pour certaines dépenses dans le secteur public.

§ 3 L'intervention de l'assurance doit être diminuée de l'intervention personnelle du bénéficiaire, fixée en application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996, modifié par l'arrêté royal du 12 février 1999, portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6^e, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

5.2. Demande d'accord et période d'intervention de l'assurance

Article 18 § 1 Pour tout bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations est subordonnée à un accord préalable du médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, conformément aux dispositions des articles 138, 139 et 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En application des dispositions de l'article 142, § 2, de l'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1^{ère} prestation (séance individuelle) réalisée par le centre, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi par un médecin du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

En cas d'accord, le médecin-conseil fixe la date de début de la période d'intervention de l'assurance et la durée de cette période. La durée maximale de chaque période est de 36 mois, à compter de la date de début. Toute décision de refus est motivée.

Un seul accord est requis pour les séances individuelles, les séances familiales, les séances de groupe et l'entretien (article 6, §§ 2 à 5) ; un autre accord est requis pour le forfait médicaments (article 6, § 6).

§ 2 Toute demande de prolongation ou de renouvellement de la période d'intervention de l'assurance doit être introduite selon les modalités prévues au § 1 ci-dessus. Cependant, la première prestation réalisée dans le cadre de cette période de prolongation ne doit pas forcément être une séance individuelle.

En application des dispositions de l'article 142, § 2, de l'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1^{ère} prestation réalisée par le centre, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi par un médecin du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

Les périodes sont prolongeables ou renouvelables tant que le nombre maximum de séances (séances individuelles dont question à l'article 6, § 2, séances familiales dont question à l'article 6, § 3 et séances de groupe dont question à l'article 6, § 4) et le nombre maximum d'entretiens (dont question à l'article 6, § 5) ne sont pas atteints pour le bénéficiaire considéré. Elles ne le sont plus lorsqu'il est atteint.

§ 3 Le centre informe le bénéficiaire et l'aide dans les démarches à accomplir.

Article 19 **§ 1** La période d'intervention de l'assurance est interrompue d'office si le bénéficiaire interrompt son programme dans le centre pour le poursuivre dans un autre centre conventionné avec l'INAMI. Un nouvel accord d'intervention conforme aux dispositions de l'article 18 est requis pour la poursuite du programme dans ce second centre.

Moyennant l'accord du bénéficiaire, le centre qui a entamé le programme et celui qui le poursuit maintiennent tous les contacts utiles pour assurer le déroulement optimal du programme de soins. Ils prennent les mesures qui s'imposent pour garantir le respect des dispositions de la convention.

§ 2 L'interruption d'un programme dans un centre, et sa poursuite dans un autre ne modifie en rien les dispositions de la présente convention, notamment en ce qui concerne le nombre total de prestations remboursables qui reste identique aux maximums fixés à l'article 21).

§ 3 L'envoi d'un bénéficiaire vers un centre conventionné qui réalise uniquement l'entretien préopératoire et l'éventuel entretien postopératoire, en application de l'article 6, § 5, ne constitue pas un motif d'interruption de la période d'intervention dans le centre. Le centre qui ne réalise que l'entretien ne peut pas demander l'ouverture d'une période d'intervention de l'assurance pour cette seule prestation.

5.3. Nombres maximums de prestations remboursables

Article 20 Au cours d'une même année civile, le centre peut réaliser des prestations facturables jusqu'à un maximum de ##### unités de facturation. Dans le calcul du nombre maximum de prestations facturables :

- chaque séance individuelle vaut 1 unité de facturation ;
- chaque séance familiale vaut 1,5 unité de facturation ;
- chaque séance de groupe vaut 0,33 unité de facturation ;
- chaque entretien vaut 1 unité de facturation ;
- chaque forfait médicaments vaut 2,7 unités de facturation.

L'entretien est décompté du total de l'établissement qui le réalise et le facture conformément aux dispositions de l'article 6, § 5.

L'année d'entrée en vigueur et l'année de cessation de vigueur de la présente convention, la capacité maximale de facturation est adaptée au prorata de la durée de validité de la convention au cours de cette année civile.

Article 21 § 1 Le nombre maximum de séances remboursables (séances individuelles dont question à l'article 6, § 2, séances familiales dont question à l'article 6, § 3 et séances de groupe dont question à l'article 6, § 4) en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 40 séances au total pour toute la durée de la prise en charge dans le cadre de la présente convention à répartir comme suit en fonction de l'âge du bénéficiaire :

1. avant son 16^e anniversaire, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d'un maximum de 30 séances,
2. à partir de son 16^e anniversaire, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d'un maximum de 25 séances.

Dans le cas où le bénéficiaire a épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables avant son 16^e anniversaire (point 1 ci-dessus), il ne peut plus bénéficier que de 10 séances remboursables à partir de son 16^e anniversaire ($30 + 10 = 40$) ; le maximum absolu étant, quoi qu'il en soit, fixé à 40 séances remboursables.

Dans le cas où le bénéficiaire atteint son 16^e anniversaire sans avoir épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables (point 1 ci-dessus), les séances restantes ne peuvent pas être ajoutées à la période suivante (point 2 ci-dessus) pour en augmenter le maximum ; ce maximum reste, dans tous les cas, fixé à 25 séances remboursables pour un maximum absolu de 40 séances remboursables. Par conséquent, si un bénéficiaire a bénéficié de 5 séances avant son 16^e anniversaire, il ne peut plus bénéficier que de 25 séances remboursables après son 16^e anniversaire. Pour un tel bénéficiaire, le maximum de 40 séances remboursables ne pourra pas être atteint.

Parmi les 40 séances dont question au § 1^{er}, seules sont facturables un maximum de 5 séances familiales et de 5 séances de groupe.

Au cours d'une même année civile, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 8 séances dont au maximum 2 séances familiales et au maximum 2 séances de groupe. Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale et chaque séance de groupe compte pour une prestation.

Au cours de la même journée, un bénéficiaire peut recevoir au maximum soit 2 séances individuelles, soit 1 séance individuelle et 1 entretien, soit 1 séance familiale, soit 1 séance de groupe.

§ 2 Le nombre maximum d'entretiens dont question à l'article 6, § 5 remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est fixé à 2 à partir de son 16^e anniversaire.

§ 3 Un même bénéficiaire peut recevoir une intervention de l'assurance dans un seul forfait médicaments par période de 3 mois qui tombe complètement avant son 21^e anniversaire.

5.4. Modalités de facturation des prestations

Article 22 Le centre facture le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire en suivant la procédure de facturation électronique de l'établissement hospitalier dont il fait partie. Il informe le bénéficiaire au moins une fois par an par écrit des montants qu'il a facturés à son organisme assureur, en application de la présente convention.

Article 23 **§ 1** Le centre s'engage à rembourser toute intervention de l'assurance indûment perçue, conformément aux dispositions de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2 Il s'engage à ne facturer aux bénéficiaires :

- aucun acte pour lequel l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.
- aucune intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser, en vertu des dispositions du § 1, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

5.5. Règles de cumul

Article 24 Si en application des dispositions de l'article 18, deux ou plusieurs périodes d'intervention de l'assurance sont accordées à un même bénéficiaire dans un programme de soins réalisé par le centre et par un ou plusieurs autres centres d'accompagnement de la transidentité, conventionnés avec l'INAMI, ces périodes ne peuvent jamais coïncider, même partiellement.

Article 25 Selon les dispositions de l'article 6, § 8, les soins et traitements remboursés par l'assurance soins de santé dans un autre cadre réglementaire ne sont pas inclus dans les prestations prévues par la présente convention. Ils peuvent être cumulés avec ces prestations.

Article 26 Le centre s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention.

Article 27 Le centre prend toutes mesures utiles afin de garantir l'application des dispositions des articles 24 à 26 ci-dessus. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire ou à son représentant légal, dans un document écrit qu'il leur remet contre récépissé signé.

VI. GESTION DES DONNEES MEDICALES

ET RAPPORT ANNUEL

Article 28 **§ 1** Le centre établit pour chaque bénéficiaire un dossier patient reprenant au moins :

- Ses données d'identification.
- Une copie du plan de soins individualisé.
- Les résultats des examens réalisés.
- Une synthèse des prestations réalisées en sa faveur, des objectifs visés et des résultats effectivement atteints.
- Les conclusions des réunions d'équipe le concernant.
- Une copie de la correspondance échangée, le cas échéant, avec son médecin généraliste et son médecin spécialiste traitant.
- Toute autre correspondance concernant ce bénéficiaire.

§ 2 À moins que le bénéficiaire s'y oppose, le centre communique à son médecin traitant,

- au début du programme : le plan de soins individualisé,
- dès que le programme est achevé : un rapport de synthèse qui mentionne les soins effectivement dispensés, leurs résultats et les points d'attention éventuels.

§ 3 Le recueil, la conservation, la transmission et l'usage des données reprises dans les dossiers patients se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la protection de la vie privée.

Article 29 **§ 1** Le centre transmet chaque année, au plus tard le 31 mars, un rapport annuel relatif à l'année écoulée contenant des données détaillées sur :

- Les caractéristiques de la population des bénéficiaires de la convention,
- Les soins dispensés et les résultats obtenus,
- Le fonctionnement du centre.

Le rapport respecte les obligations légales relatives à la protection de la vie privée. Il ne contient que des données globalisées qui ne permettent pas d'identifier les bénéficiaires.

§ 2 Le centre met scrupuleusement en œuvre la procédure de recueil, d'analyse et de transmission des données définie par le Collège, dès réception de ces instructions. Aussi longtemps que le Collège n'a pas donné des instructions précises relatives à la rédaction du rapport annuel, le centre est libre dans la rédaction de ce rapport qui doit en tout cas répondre aux conditions du présent article 29.

Les frais engendrés par le recueil des données et leur analyse, ainsi que par la rédaction et l'envoi du rapport annuel sont couverts par le remboursement des séances individuelles, séances familiales, séances de groupe et entretiens fixé à l'article 17.

VIII DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

Article 30 Le Pouvoir organisateur du centre tient une comptabilité basée, d'une part, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.08.1987), et d'autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus. Avant la fin du mois de juin de chaque année, le Pouvoir organisateur du centre envoie au Service des soins de santé de l'INAMI les données comptables liées à l'application de la présente convention et relatives à l'année civile précédente.

Article 31 **§ 1** Le centre s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toutes les informations leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

§ 2 Le centre autorise tout représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites que celui-ci juge utiles à l'accomplissement de sa mission de contrôle du respect des dispositions de la présente convention.

Article 32 **§ 1** Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de mettre en œuvre les programmes de soins individuels dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la présente convention.

§ 2 Le Pouvoir organisateur du centre assume l'entièvre responsabilité de l'éventuel non-respect des dispositions de la présente convention par le centre et des conséquences, notamment financières, qui en résultent.

§ 3 Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à informer chaque membre de l'équipe de toutes les dispositions de la présente convention afin de lui permettre d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la présente convention. A cet effet, le Pouvoir organisateur remet à chaque membre du personnel le texte complet de la présente convention. Il conserve, à cet égard, et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les accusés de réception signés par les membres de l'équipe.

IX MESURES TRANSITOIRES

Article 33 **§ 1** Les accords individuels qui ont été donnés dans le cadre de la précédente convention restent valables et continuent à courir jusqu'à leur date de fin sur base des modalités prévues dans le cadre de la précédente convention.

§ 2 Les bénéficiaires dont l'accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention peuvent bénéficier des nouvelles prestations prévues par la présente convention et visées à l'article 6, §§ 3 et 4, pour autant que toutes les conditions soient remplies. Le nombre maximum de prestations remboursables tel que visé à l'article 21 de la présente convention s'applique également aux bénéficiaires dont l'accord individuel en cours a été donné dans le cadre de la précédente convention. Pour l'application des dispositions relatives au nombre maximum de prestations remboursables tel que visé à l'article 21 de la présente convention, il y a lieu de tenir compte des prestations réalisées dans le cadre de la précédente convention.

§ 3 Les accords individuels pour des forfaits médicaments trimestriels donnés dans le cadre de la précédente convention sont prolongés automatiquement jusqu'à la veille du 21^e anniversaire du bénéficiaire.

§ 4 Jusqu'au 31 décembre 2020, le centre peut déroger aux dispositions de l'article 21, § 1^{er} qui stipulent qu'« *Au cours d'une même année civile, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 8 séances dont au maximum 2 séances familiales et au maximum 2 séances de groupe. Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale et chaque séance de groupe compte pour une prestation.* ». Par conséquent, au cours de l'année civile 2020, la limite par année civile fixée à un maximum de 8 séances remboursables en faveur d'un même bénéficiaire ne s'applique pas. A partir du 1^{er} janvier 2021, ces dispositions s'appliquent strictement à tous les bénéficiaires de la présente convention, en ce compris les bénéficiaires dont l'accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention.

X PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 34 **§ 1** La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du 01.10.2020.

§ 2 Elle est valable jusqu'au 31.12.2022 ; toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

§ 3 L'annexe à la présente convention fait partie intégrante de celle-ci mais ne change rien à ses dispositions proprement dites. Il s'agit de l'annexe suivante :

- Annexe : Calculs du coût des séances

Pour le #####, pour son centre Pour le Comité de l'assurance soins de santé de d'accompagnement de la transidentité, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

(nom + fonction + signature)

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Brieuc VAN DAMME

Directeur-général des soins de santé

CONVENTION AVEC LES CENTRES
D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE

Annexe : calculs du coût des séances

1. Données de base

Tableau 1	
Actualisation	01.01.2017
Indice pivot	101,02
Ancienneté	10 ans
Heures/jour	7,6
Jours de travail/an*	215
Heures de travail/an/ETP	1.634

Tableau 2		WE	férié	congés	absence	non-travaillé	travaillé
*jours de travail/an	365	104	12	24	10	150	215
	100%					41%	59%

Tableau 3	coût annuel	coût horaire*
Médecins	135.289,26	82,80
Masters	69.234,80	42,37
Bacheliers	56.366,83	34,50
Secrétaire	44.221,38	27,06

* coût horaire = coût annuel / 1.634

2. Coût de la séance individuelle

Les masters (psychologues, sexologues et orthopédagogues cliniciens) et les bacheliers (travailleurs sociaux) réalisent les séances face au bénéficiaire. Leur temps de travail total face au bénéficiaire est de 60 minutes (durée de la séance individuelle). Les masters interviennent, en moyenne, pour 88% du temps et les bacheliers pour 12% du temps. Le temps de travail hors bénéficiaire est fixé à 40% de leur temps de travail total.

Le temps de travail des médecins face au bénéficiaire est financé par l'intermédiaire de la nomenclature des prestations de santé. Leur temps de travail hors bénéficiaire est financé par l'intermédiaire des séances. Il est ajouté au calcul du coût des séances individuelles.

Le temps de travail de la secrétaire est également financé par l'intermédiaire des séances.

Le tableau suivant détaille le calcul des frais de personnel couverts par la séance individuelle, selon ces principes :

Tableau 4	Temps de travail en minutes par séance individuelle d'une heure			Coût en euros
	avec le bénéficiaire	sans le bénéficiaire	total	
Médecins		7,00	7,00	9,66
Masters	53,00	35,33	88,33	62,38
Bacheliers	7,00	4,67	11,67	6,71
Secrétaire		15,00	15,00	6,77
	60,00	62,00	122,00	85,51

On considère que les frais de personnel représentent 90% des frais totaux et les frais généraux en représentent 10%. On considère enfin que 95% des frais totaux sont indexables.

Tableau 5	frais de personnel	frais généraux	total	indexable	non- indexable
Coût d'une séance individuelle	85,51	9,50	95,01*	90,26	4,75

* Prix calculé à l'indice pivot 103,04 (base 2013) des prix à la consommation

Le prix calculé à l'indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation correspond à 100,53 €. Ce prix est repris dans le tableau de l'article 17, § 1^{er} de la présente convention.

3. Coût de la séance familiale

Le coût de la séance familiale correspond à 1,5 fois le coût de la séance individuelle. Ce coût s'élève à 150,795 € (= 100,53 * 1,5).

Tableau 6	Total en euros	indexable	non-indexable
Coût d'une séance familiale	150,795*	143,67	7,125

* Prix calculé à l'indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation.

Les masters (psychologues, sexologues et orthopédagogues cliniciens) et les bacheliers (travailleurs sociaux) réalisent les séances familiales face au bénéficiaire et un ou plusieurs de ses proches. Leur temps de travail total face au bénéficiaire et un ou plusieurs de ses proches est de 90 minutes (durée de la séance familiale). Les masters interviennent, en moyenne, pour 88% du temps et les bacheliers pour 12% du temps. Le temps de travail hors bénéficiaire est fixé à 40% de leur temps de travail total.

Le temps de travail des médecins face au bénéficiaire est financé par l'intermédiaire de la nomenclature des prestations de santé. Leur temps de travail hors bénéficiaire est financé par l'intermédiaire des séances. Il est ajouté au calcul du coût des séances familiales.

Le temps de travail de la secrétaire est également financé par l'intermédiaire des séances.

4. Coût de la séance de groupe

Le coût de la séance de groupe correspond à 2 fois le coût de la séance individuelle divisé par le nombre moyen de bénéficiaires qui doit constituer le groupe. Ce coût s'élève à 33,51 € (= 100,53 * 2 /6).

Tableau 7	Total en euros	indexable	non-indexable
Coût d'une séance de groupe	33,51*	31,927	1,583

*Prix calculé à l'indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation. Il s'agit du prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe.

Les masters (psychologues, sexologues et orthopédagogues cliniciens) réalisent les séances de groupe face à un maximum de 10 bénéficiaires par séance. Leur temps de travail total face aux bénéficiaires est de 120 minutes (durée de la séance de groupe). Le temps de travail hors bénéficiaire est fixé à 40% de leur temps de travail total.

Le temps de travail des médecins face au bénéficiaire est financé par l'intermédiaire de la nomenclature des prestations de santé. Leur temps de travail hors bénéficiaire est financé par l'intermédiaire des séances. Il est ajouté au calcul du coût des séances de groupe.

Le temps de travail de la secrétaire est également financé par l'intermédiaire des séances.

5. Nombre de séances par ETP de personnel thérapeutique (masters et bacheliers)

Un ETP correspond à 1.634 heures de travail effectif par an (point 1).

Une séance individuelle de 60 minutes occupe les masters et bacheliers durant 100 minutes, en raison de la prise en compte du travail effectué hors de la présence du bénéficiaire (point 2 – case en grisé dans le tableau 4).

Pour 1 ETP de personnel thérapeutique, le centre sait donc réaliser 980 séances individuelles (1.634/1,6667) par an.

Le centre saurait éventuellement réaliser un peu plus de séances individuelles, s'il pouvait réduire son temps de travail hors de la présence des bénéficiaires. Il pourrait ainsi répondre à une demande plus forte et anticiper une augmentation de capacité liée à un accroissement de son équipe. Pour prendre en compte cette possibilité, on ajoute 5% au nombre maximum de séances individuelles qui passe ainsi à 1.029 par an. La capacité maximum de facturation annuelle fixée à l'article 20 reste cependant inchangée ; les 5% de marge n'y sont pas ajoutés.

Le nombre maximum de séances individuelles par ETP de personnel thérapeutique, par an est donc donné par la formule :

$$n. \text{ max. séances individuelles} = (n \text{ ETP} \times 1.634 / 1,6667) + (n \text{ ETP} \times 1.634 / 1,6667 \times 0,05)$$

Cette formule donne les résultats suivants, pour des nombres d'ETP choisis par commodité :

ETP thérapeutique	nombre maximum de séances individuelles / an
1,00	1.029
2,00	2.059
3,00	3.088
...	...

Annexe VI : Brochure de l'IEFH "Conclure une assurance hospitalisation - Conseils pour les personnes transgenres"

VOUS DISPOSEZ DÉJÀ D'UNE POLICE D'ASSURANCE

Vous prévoyez de suivre un traitement de réassignation sexuelle ?

1. Lisez attentivement votre police d'assurance hospitalisation et faites attention aux exclusions.
2. Demandez à votre assureur si les frais médicaux relatifs aux interventions spécifiques seront remboursés.
3. Prouvez la nécessité médicale des traitements de réassignation sexuelle.
Pour ce faire, demandez un certificat mentionnant le diagnostic «dysphorie de genre» à votre médecin et à votre thérapeute. Remettez-le à votre assureur s'il estime que les interventions ou traitements ne sont pas nécessaires.
4. Contactez l'Institut si l'assureur ne vous donne pas de réponse claire, s'il refuse de rembourser les coûts liés à une dysphorie de genre ou si vous souhaitez obtenir davantage de conseils.

DES QUESTIONS OU DES PLAINTES ?

Les réponses de votre assureur ne sont pas claires ? Les frais liés à un traitement de réassignation sexuelle ne vous sont pas remboursés ? Ou vous souhaitez tout simplement obtenir davantage de conseils ? Vous pensez être victime d'une discrimination ?

Prenez contact avec l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes :

- // formulaire de signalement sur le site <http://igvm-iefh.belgium.be>
- // egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be
- // numéro gratuit 0800/12 800 (tapez 1 dans le menu)
- // Rue Ernest Blerot 1 - 1070 Bruxelles

Les dossiers sont traités **gratuitement**, en toute **confidentialité** et toujours avec **l'accord** de la personne qui a introduit le signalement.

L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes est une institution publique indépendante chargée de garantir et de promouvoir l'égalité des femmes et des hommes, et de combattre toute forme de discrimination et d'inégalité fondée sur le sexe, le changement de sexe, l'expression de genre et l'identité de genre.

Édition mise à jour le 10/04/2016. Mise à jour de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Numéro de dépôt: 0/2016/1024/313

CONCLURE UNE ASSURANCE HOSPITALISATION

CONSEILS POUR LES PERSONNES TRANSGENRES

INSTITUT POUR L'ÉGALITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES

.be

TRANSGENRES ET ASSURANCES

La législation belge anti-discrimination **interdit explicitement toute forme de discrimination fondée sur le changement de sexe, l'identité de genre et l'expression de genre**. L'institut reçoit pourtant des signalements introduits par des personnes transgenres à propos d'assurances (hospitalisation). Il s'agit principalement de problèmes rencontrés au moment de conclure une nouvelle assurance, ou de soucis liés au remboursement des coûts engendrés par un traitement de réassignation sexuelle.

Dans ce dépliant, l'institut donne quelques conseils importants, afin que vous sachiez à quels aspects vous devez être attentif/-ve lorsque vous contractez ou souhaitez contracter une police d'assurance hospitalisation.*

CONCLURE UNE NOUVELLE POLICE

Une police d'assurance hospitalisation décrit les traitements médicaux que l'assureur remboursera, et les cas dans lesquels il procèdera au remboursement.

1. Relisez donc toujours attentivement la police.
2. Demandez des précisions à l'assureur :
 - L'assureur intervient-il dans les coûts relatifs à la «dysphorie de genre» ?
 - Chaque formulation est-elle claire pour vous ?Pour éviter toute confusion, vous pouvez demander que les précisions fournies par l'assureur soient annexées à la police.
3. Répondez honnêtement si, au moment de conclure la police, votre assureur vous remet un questionnaire médical.
Indiquez les médicaments que vous prenez, les diagnostics qui ont été posés et les interventions que vous avez déjà subies. Si vous ne le faites pas, l'assureur pourra refuser le remboursement de vos frais médicaux.
4. Contactez l'institut si l'assureur ne vous donne pas de réponse claire, ne rembourse pas les coûts liés à une «dysphorie de genre» ou si vous souhaitez obtenir davantage de conseils.

* La plupart de ces conseils sont également valables pour les assurances contre la perte de revenus.

ATTENTION AUX EXCLUSIONS

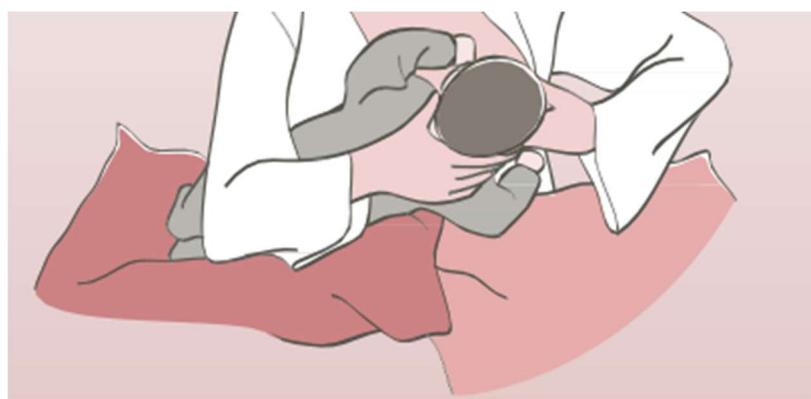
La police d'assurance hospitalisation décrit également les cas dans lesquels l'assureur n'intervient pas. Vérifiez absolument les 3 exclusions suivantes :

1. Exclusion de la «dysphorie de genre»
L'assureur exclut-il la «transsexualité», la «dysphorie de genre», l'«identité de genre», les «troubles de l'identité» ou le «genre» ? Si oui, signalez-lui que cela va à l'encontre de la législation anti-discrimination.
2. Exclusion des troubles psychiques, psychiatriques, psychologiques et subjectifs
Demandez des précisions. Si la «dysphorie de genre» n'est pas concernée par cette exclusion, vous pouvez joindre les explications de l'assureur à la police, sous forme d'annexe.
3. Exclusion des interventions plastiques ou esthétiques
Signalez qu'un traitement de réassignation sexuelle ne constitue pas une intervention esthétique. Prouvez la nécessité médicale des interventions au moyen d'un certificat établi par votre médecin et votre thérapeute.

Annexe VII : Image de la position du rugby repris dans dans la brochure sur l'allaitement sans paroles de la Leche League



Annexe VIII : Image de la position de la madone inversée dans la brochure sur l'allaitement sans paroles de la Leche League



Annexe IX : Tableau de recommandations pour l'accueil des hommes transgenres au sein des cliniques d'obstétrique

Table 5 Recommendations for clinic setup and intake

- Consider the name of the clinic and how it is represented broadly as who gets services there. A “women’s clinic” may not be the best title for a place that serves trans men and other gender expansive individuals.
- Physical Space:
 - o Ensure bathrooms are accessible to all. This means having non-gendered restrooms, not just male restroom and female restrooms. This may also mean having single use non-gendered restrooms.
 - o Ensure signage, magazines and pamphlets speak to people of diverse backgrounds in terms of race/ethnicity, sexual orientation, and gender identity.
- Broadly display a non-discrimination statement. Examples can be found at here (<http://www.hrc.org/hei/sample-patient-non-discrimination-policies#.V0PlrVczyAY>)
- Printed materials and signage:
 - o Ensure language used in your institution’s literature, publicity, patient education materials, is welcoming to all people regardless of gender identity. Consider whether your clinical space suggests that women are the only people who get pregnant or are welcome at your clinic and take steps to rectify that.
- Staff Training and Procedures:
 - o Ensure all staff ask preferred name(s)/pronouns, document them, and use them consistently.
 - o Consider how patient check-in procedure and clinical space may be comfortable only for individuals who are female identified. Could you make it comfortable for individuals who are male identified or trans identified as well as female identified? Consider how people’s names are used and documented and communicated between members of the care team.
 - o How is the phone answered? Teach staff to not assume gender from patient’s voice or assume patient status or not from voice.
- Medical Records and booking:
 - o Make sure you can book, document, and bill OB/GYN procedures and encounters for someone whose gender signifier (in your system and/or the insurance records) is male.

Annexe X : Principaux aspects abordés dans le cadre de la formation pour les professionnel.le.s organisée par Genres Pluriels

Voici les principaux aspects abordés dans le cadre de cette formation :

1. Une explication des différentes terminologies utilisées ou à éviter
2. Comment aborder les personnes transgenres et intersexes en tant qu'individu·e et (futur·e) professionnel·le (de la santé/santé mentale, de l'éducation, de l'emploi, de l'assistance sociale, des administrations et des pouvoirs publics, de l'aide aux victimes,... ?) Quel serait l'accueil psychosocial le plus adéquat ?
3. Les aspects médicaux, les modifications corporelles possibles (mais non-systématiques) lors de transitions féminisantes / masculinisantes
4. Les aspects juridiques/législatifs (au niveau belge, européen, mondial)
5. Les bonnes pratiques visant à diminuer la discrimination et la transphobie / l'interphobie

(optionnel - sur demande pour les groupes constitués : 6. Les aspects de santé sexuelle transspécifique (ex : Quelles interactions entre les traitements hormonaux féminisants / masculinisants et la capacité de procréation / la contraception ?, Comment accueillir une demande autour de la grossesse (désirée ou non) d'un homme transgenre ?, etc.))

Annexe XI : Tableau de recommandations pour les interactions cliniques de l'étude de Hoffkling et al.

Table 6 Recommendations for clinical encounters

- Reflect the language patients use to describe their reproductive organs and bodies (e.g., chest feeding rather than breast feeding; or "front hole" instead of vagina)
- Plan to educate yourself, rather than relying upon your patient to teach you.
 - o See table on resources
- Be open to your patients' expertise and learning when they want to share.
- Explain why sensitive questions are relevant; ensure these questions are clinically meaningful and not motivated by idle curiosity.
- Continue to maintain good medical care and judgment, do not attend so entirely on being gender savvy that you neglect routine protocols.

Note: there is a long history of transgender people facing abuse, objectification, and neglect both within and beyond healthcare settings; this may frame your encounters.

Annexe XII : Tableau de recommandations pour la normalisation des expériences de périnatalité des hommes transgenres de l'étude de Hoffkling et al.

Table 7 Recommendations for normalization

- Encourage provider and staff comfort with the prospect of male and masculine patients being pregnant and giving birth.
- Explicitly affirm transgender patients' reproductive choices.
 - o It may help some patients improve their relationship with their own experience.
 - o It may improve the patient-provider relationship.
- Specific points around which to enhance provider comfort and encourage normalization, include:
 - o The desire to be pregnant
 - o Choosing pregnancy before, concurrent with, or after transitioning medically, surgically, or socially
 - o The choice to continue or terminate a pregnancy
 - o The range of emotions patients may experience throughout the process of family creation
 - o The choices parents make about how to feed their infants

Annexe XIII : Tableau de recommandations concernant les hormones et les émotions des hommes transgenres en périnatalité de l'étude de Hoffkling et al.

Table 8 Recommendations regarding emotions and hormones

- Some men have significant shifts in their emotions when they stop taking testosterone, are pregnant, and during the postpartum period. This may be especially likely if they have been on testosterone previously.
- These changes may be felt as positive or as negative.
- Advise patients, at all stages, that they may experience such changes, and that if they do:
 - o They should seek help from you or others if in distress or at risk of hurting themselves or others.
 - o The quality of their emotional experience does not reflect upon their gender or the appropriateness of their pregnancy.
- Monitoring: be vigilant for post-partum depression, and discuss it with patients – it may be exacerbated or altered by the patient's experience with hormones.

Annexe XIV : Résumé des recommandations pour l'accompagnement périnatal des hommes transgenres (Monica Hahn, 2019)

Improving the clinical environment	Work with clinic and hospital to implement welcoming environment to diverse patient populations (eg, display trans-inclusive signage and flyers in the clinic)	Clinic, hospital administration, building supervisor	
	Discuss the use of gender-neutral language for spaces, consider names such as "sexual and reproductive health center" vs "women's health center" ²³	Clinic, hospital administration	
	Offer all-gender restrooms in clinic and hospital	Clinic, hospital administration, building supervisor	
Preconception	Regularly discuss patients' reproductive desires informed by a reproductive justice framework for full-spectrum contraception, abortion, and family-building	Medical providers	
	Do not assume reproductive desires based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex assigned at birth, or family configuration	Medical providers	
	When discussing hormone therapy, consider medication effects on fertility; ask about current and future fertility desires before initiating gender-affirming hormones or puberty-suppressing medications	Medical providers	
Pregnancy	Providers and staff can consult TransLine: Transgender Medical Consultation Service (https://transline.zendesk.com/hc/en-us) or reference the growing number of clinical resources ^{4,24,25} for assistance with clinical questions regarding transgender health care	Medical providers, hospital and clinic staff	
	Offer training to enhance environment sensitivity, equity, and inclusion for people of all genders among all staff in outpatient and inpatient settings who may encounter patients during pregnancy	All staff who may encounter patients in outpatient and inpatient settings (eg, health care providers for the prenatal patient and the newborn, nursing staff, clerical staff, birth certificate office staff, radiology technicians, janitorial staff, meal service staff)	
	Train ultrasonographers regarding difference between sex and gender and use of gender-neutral language during ultrasound examinations for patient and fetus	Ultrasonographers and other ultrasound clinical staff	
Approaching delivery	Prepare staff to offer patients psychosocial support if they experience gender dysphoria due to pregnancy or change in hormone therapy (body changes, more difficulty passing, or being misgendered)	Social workers, hospital and clinic staff, mental and medical health providers	
	Routinely ask about patient experiences navigating the health care system, with referral for necessary social work support	Social work, medical providers	
	Offer tour of labor and delivery unit before delivery to orient to the space and ideally meet staff beforehand	Health educators, labor and delivery staff	
Intrapartum	Offer to speak with birth certificate office to ensure that preferred titles and names are written on the birth certificate document (eg, able to list 2 fathers or people with nonbinary genders)	Birth certificate office	
	Offer labor, birth preparation, and newborn care preparation workshops with workshop facilitators trained in transgender and gender-diverse inclusivity	Health educators	
	Discuss contraception options using shared decision making, consider future fertility desires	Medical providers	
Postpartum	Refer to patient by correct pronouns during labor (eg, referring to "parental heart rate" instead of "maternal heart rate")	Medical providers, labor and delivery staff	
	Offer capacity for nongendered tracking of children on the labor and delivery suite and nursery (eg, baby Smith instead of baby boy Smith)	Labor and delivery staff, nursery providers and staff, lactation consultants	
	Offer support for informed newborn feeding, including options for chestfeeding and formula feeding ²⁶	Medical providers	
	Ensure that hospital providers and staff are aware and supportive of patient's desire to chestfeed and of safety of chestfeeding	Labor and delivery staff, nursery providers and staff, lactation consultants	
	Counsel about contraception options in the context of future fertility desires and future plans for hormone therapy	Medical providers	
	Counsel that progestin-based contraception, including the intrauterine device and implant, are not thought to interfere with masculinization (some may enhance androgen activity) and can be used in transmasculine patients	Medical providers	
	Ensure social support in caring for a newborn and in postpartum recovery	Social workers, medical providers	

Annexe XV : Directives élaborées par Wolfe-Roubatis et Spatz pour les soins dispensés aux hommes transgenres pendant la période post-partum

Ces directives sont les suivantes : les professionnel.le.s de santé doivent prêter une attention particulière au langage utilisé ; si des erreurs sont commises, les professionnel.le.s de santé doivent s'excuser et corriger ces erreurs. Il faut demander aux patients de quelle manière ils souhaitent que l'on fasse référence aux parties de leur corps et éviter de poser des questions qui ne sont pas directement liées à la situation du post-partum ainsi que ne pas augmenter le nombre de praticien.ne.s présent·e·s lors des consultations. Les professionnel.le.s doivent également s'assurer que l'expérience de l'allaitement est perçue comme quelque chose de commun et d'habituel afin d'éviter les situations dans lesquelles les personnes se cachent des autres, dissimulent leur poitrine ou utilisent des bandages compressifs, qui comportent des risques spécifiques pour la santé (García-Acosta et al, 2019).

Annexe XVI : Courriel de demande à participation pour la présente étude

Bonjour,

Je m'appelle Kiara Petit -- Erskine, je suis étudiante en 4e année de Bachelier Sage-femme à la Haute Ecole Francisco Ferrer et dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'ai choisi de m'intéresser aux besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité. Genres Pluriels a décidé de m'aider dans ce travail et plus particulièrement Aurore Dufrasne qui a accepté d'être ma promotrice externe, c'est elle qui m'a communiqué votre adresse mail. Elle m'a dit qu'elle vous avait déjà parlé de mon travail et de ma demande d'entretien et que vous acceptiez cette dernière. Merci d'avoir vous aussi accepté de m'aider dans mon travail. Je me permets cependant, par le biais de ce mail, de vous demander de nouveau votre consentement en sachant qu'il peut évoluer. Vous pouvez me le confirmer par écrit dans votre réponse à ce mail et le retirer à tout moment au cours du processus.

Concernant cet entretien, je peux le mener en français ou en anglais, c'est pourquoi je vous ai écrit ce mail dans ces deux langues, vous pouvez m'indiquer votre préférence en répondant à ce mail dans la langue avec laquelle vous souhaitez que nous communiquions. Je souhaiterais enregistrer l'entretien si vous y consentez évidemment afin de revenir sur les réponses que vous m'apportez. Sachez que ce n'est pas un problème si cela ne vous convient pas, je travaillerais à partir de mes prises de notes. Les enregistrements seront sauvegardés dans mon ordinateur sous un nom qui ne révèle pas leur contenu et ne seront utilisés qu'à titre personnel pour ma compréhension.

Je prévois de commencer les entretiens à partir de ..., si vous avez un créneau à m'accorder à partir de cette date-ci. Ce pourrait être un entretien en visioconférence ou en présentiel selon ce qui vous arrange. Sachant qu'en présentiel, je ne sais pas ce que vous préférez comme lieu de rencontre. Nous pourrions nous retrouver dans un établissement qui pourrait convenir à ce type de rencontre, si vous en connaissez un, ou je peux peut-être demander à Aurore Dufrasne s'il serait possible d'utiliser un local de Genres Pluriels.

Merci d'avance pour votre réponse ainsi que le temps et la considération que vous accordez à mon travail.

Belle journée à vous.

Bien cordialement,

PETIT- - ERSKINE Kiara.

Hello,

My name is Kiara Petit-Erskine, I am a student in my 4th year of Midwifery Bachelor program at the Haute Ecole Francisco Ferrer and as part of my final year project, I have chosen to study the specific needs of transgender men in perinatal care. Genres Pluriels decided to help me in this work and more particularly Aurore Dufrasne who accepted to be my external promoter, it is she who gave me your email address. She told me that she had already spoken to you about my work and my request for an interview and that you accepted it.

Thank you for accepting to help me in my work. However, I would like to ask you again for your consent by means of this e-mail, knowing that it may change. You can confirm it in writing in your answer to this email and withdraw it at any time during the process.

Concerning this interview, I can conduct it in French or English, that is why I wrote this email in these two languages, you can indicate your preference by replying to this email in the language you want us to communicate in. I would like to record the interview if you agree to it, in order to go back over the answers you give me, please know that it is not a problem if it is not convenient for you, I will work from my note taking. The recordings will be saved in my computer under a name that does not reveal their content and will be used only for my personal understanding.

I plan on starting the interviews from the ... onwards, if you have a time slot for me from that date. It could be a video conference or a face-to-face interview, depending on what you prefer. We could meet in an establishment that would be suitable for this type of meeting, if you know of one, or perhaps I can ask Aurore Dufrasne if it would be possible to use a room within the Genres Pluriels building.

Thank you in advance for your response and the time and consideration you give to my work.

Have a nice day.

Yours sincerely,

PETIT- - ERSKINE Kiara.

Annexe XVII : Grille d'entretien questionnaire semi-directif

- Quelle est votre identité de genre ?
- Quel âge avez-vous ?
- De quelle nationalité/origine êtes-vous ?
- Dans quelle région de Belgique se situe votre domicile ?
- Quelle langue parlez-vous ?
- Quelle formation avez-vous suivie ?
- Quelle est votre situation professionnelle ?
- Quelle est votre situation relationnelle / de cohabitation ?

Question d'accroche : « Parlez-moi de votre expérience périnatale. Quels en ont été les moments marquants ? Qu'est-ce qui vous a aidé au cours de ce parcours ? »

Thématiques :

- Révélation de l'état de grossesse
- Prise antérieure de testostérone et grossesse
- Processus d'accouchement
- Allaitement
- Etablissements de soins périnataux
- Reconnaissance légale de la parentalité
- Remboursement des soins périnataux
- Interactions avec les professionnel.le.s
- Recherche de soins périnataux
- Soutien Social
- Exemple semblable
- Emotions inattendues
- Changements physiques

Annexe XVIII : Formulaire de consentement éclairé remis aux participants avant les entretiens

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRE AU· À LA PARTICIPANT·E

Etudiante en 4e année de Bachelier Sage-femme à la Haute Ecole Francisco Ferrer, j'ai choisi de m'intéresser aux besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité dans le cadre de mon travail de fin d'étude.

Ce travail aura pour objectifs de sensibiliser les sages-femmes et étudiantes sages-femmes aux transidentités en exposant les diverses définitions qui y sont associées, la prévalence de la population concernée, ses conditions de vie, en présentant le cadre législatif relatif à la situation ainsi que l'accès aux soins qui leur ait réservé, notamment en Belgique. A partir de ces éléments et de la mise en évidence du vécu de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum des hommes transgenres, la finalité de ce travail est de mieux comprendre leurs besoins spécifiques en périnatalité afin de sensibiliser et orienter les sage-femmes et étudiantes sage-femmes dans leurs pratiques.

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),

déclare avoir lu l'information qui précède et accepte de participer à :

"Quelles sont les besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité ? "

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté. J'ai reçu une explication concernant l'organisation, le but et la durée de l'enquête. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

3. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

4. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de

- la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
- la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
- la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
- les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.

5. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique indue pour ma participation à l'enquête.

6. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête

...../...../20...

Nom, prénom et signature

Date (jour/mois/année)

du/de la participant·e

Je, soussigné·e, (NOM, Prénoms) confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au/à la participant·e mentionné·e ci-dessus.

...../...../20...

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

[1] Cochez la ou les cases adéquates.

[2] Cochez la ou les cases adéquates.

[3] Mentionnez le nombre de séances qui ont déjà été réalisées pour le bénéficiaire.

[4] Mentionnez le nombre d'entretiens qui ont déjà été réalisées pour le bénéficiaire.

[5] Biffer les mentions inutiles

RESUME TFE

Les besoins spécifiques des hommes transgenres en périnatalité

Alors que la dernière décennie a été témoin de développements significatifs, les personnes transgenres sont toujours « considérées comme déviantes ou différentes » et sont souvent victimes d'expériences de discrimination et de transphobie (Montmans et al., 2017, p. 17).

Un homme transgenre est une personne qui s'identifie comme un homme, mais dont le sexe assigné à la naissance était femelle. Afin d'aligner sa façon de vivre et éventuellement son corps physique à son identité de genre, il peut choisir d'entamer une transition de genre, celle-ci peut comporter des éléments sociaux, juridiques, médicaux et/ou chirurgicaux et peut prendre des mois, voire des années (Obedin-Maliver et Makadon 2016). Tout au long de ce processus et dans leurs quotidiens les hommes transgenres subissent de nombreuses discriminations notamment économiques, juridiques et liées à de la violence physique - que l'on reprend sous le terme de transphobie (Dufrasne et al., 2018). Cette transphobie a un impact important sur leur vie et plus particulièrement sur leur santé (Hoffkling et al., 2017). A titre d'exemple, en Belgique, jusque 2017, les personnes transgenres devaient subir des interventions de stérilisation afin d'avoir le droit d'interchanger le H et le F ou inversement, sur leur carte d'identité (Montmans et al., 2017). La Cour européenne des Droits de l'Homme avait pourtant reconnu « que la condition de stérilisation pour les personnes transgenres était contraire aux Droits de l'Homme » en 2015 (Allen et al., 2019, p.12). Les systèmes de santé ne sont pas exempts de ces discriminations. On retrouve en leur sein des discriminations administratives notamment concernant le remboursement de leurs soins mais aussi dans l'offre de soins qui leur est destinée puisque celle-ci est encore fortement pathologisante en Belgique malgré les alternatives qui se mettent en place pour y pallier (Dufrasne et Vico, 2020). Les soins de santé reproductifs sont particulièrement touchés par cette transphobie. En effet, bien qu'il n'existe que quelques chirurgies qui entravent une grossesse et que celles-ci sont rarement entreprises (Hoffkling et al., 2017), seulement 55,1% des hommes

transgenres ayant exprimé le souhait d'avoir des enfant en Belgique (28,4 %), indiquent avoir été informé.e.s sur leurs options de procréation (Motmans et al., 2017). Or, les hommes transgenres ont des besoins spécifiques en périnatalité. Tout d'abord, il existe un manque d'information sur les effets des traitements hormonaux par la testostérone sur le développement du fœtus, c'est pourquoi, par principe de précaution, il est recommandé d'arrêter ce traitement avant la conception (Garcia Acosta et al., 2019). Ensuite, la visibilité de l'état de grossesse des hommes transgenres peut les exposer à de la transphobie, c'est pourquoi certains choisissent de le dissimuler en faignant être une femme enceinte ou un homme en surpoids. Cependant ces stratégies de protection vont à l'encontre de leur besoin d'affirmation de leur statut d'homme enceint. L'accouchement est également un processus fortement marqué par la crainte de la transphobie ce qui entraîne chez certains hommes transgenre le besoin de contrôle qui peut notamment s'exercer par des choix quant à son déroulement (Besse et al., 2020). Concernant l'allaitement, les hommes transgenres qui souhaitent l'entreprendre ont besoin d'information éclairée concernant la reprise d'un traitement par testostérone de façon concomitante mais aussi de conseils adaptés lorsqu'ils ont entrepris une torsoplastie antérieure (García-Acosta et al., 2019). L'interruption de la prise de testostérone peut provoquer une augmentation mammaire, des techniques existent pour la dissimuler pendant la grossesse et en post-partum pour ceux qui en ressentent le besoin mais celles-ci peuvent comporter des risques et doivent faire l'objet d'une information éclairée (Kirczenow MacDonald, 2019). Cette interruption peut également entraîner des sautes d'humeurs intenses dont il faut informer les hommes transgenres afin de prévenir la dépression du post-partum. Tous ces besoins spécifiques sont peu connus des professionnel.le.s de la périnatalité car leur cursus en parle rarement. De plus, leur manque de formation est aussi responsable de comportements transphobes qui ont un impact négatif sur les expériences périnatales des hommes transgenres alors que ces derniers doivent déjà faire face à des établissements d'obstétriques et des institutions qui ne reconnaissent pas leur situation d'homme enceint. Face à ces défis, les hommes transgenres ont besoin de pouvoir identifier à l'avance un.e prestataire de soin avec lequel/laquelle ils pourraient avoir une expérience périnatale positive. Ils ont également besoin de soutien social et de modèle d'autres pairs qui traversent leur expérience afin d'atténuer l'isolement qu'ils ressentent (Hoffkling et al., 2017).

Dans une démarche exploratoire, il aurait été intéressant d'interroger, au travers d'entretiens semi-directifs, des hommes transgenres sur leur expérience périnatale afin de comprendre leurs besoins spécifiques durant cette période.