

2024-2025

# Remboursements des soins de santé liés à la transition de genre

Etude quantitative

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, merci à ma promotrice Aurore Dufrasne qui m'a partagé ses connaissances et son expérience sur les transidentités. Merci pour votre confiance. Vos conseils ainsi que la relecture conscientieuse m'ont apporté une aide précieuse dans la finalisation de ce travail.

Au groupe de travail Santé de Genres Pluriels, merci pour votre accueil et votre bienveillance.

A ma maître de stage le Dr Cordier, merci pour le soutien et les encouragements.

A ma sœur, merci pour ton soutien et pour la relecture attentive.

A mes ami·e·s et collègues, merci pour m'avoir épaulée et motivée.

Enfin, un grand merci aux participant·e·s de mon étude sans qui ce travail n'aurait pas pu être possible. Merci pour votre transparence et pour la reconnaissance que vous m'avez témoignée.

# Table des matières

REMERCIEMENTS .....	2
Résumé .....	5
1. Introduction .....	6
1.1    Epidémiologie.....	6
1.2    Terminologie .....	6
1.3    Législation relative aux transidentités .....	7
1.4    Cadre légal concernant les soins transspécifiques en Belgique.....	8
1.5    Choix et objectif de l'étude.....	11
2. Méthodologie.....	12
2.2 Recherche bibliographique.....	12
2.2 Caractéristiques de l'étude .....	12
3. Résultats.....	14
3.1    Caractéristiques de l'échantillon.....	14
3.2    Soins de santé transspécifiques et leurs remboursements .....	17
3.3    Soins de santé sexo-spécifiques et leurs remboursements .....	20
3.4    Obstacles à l'accès aux soins de santé .....	22
4. Discussion .....	25
4.1    Interprétation et discussion des résultats .....	25
a)    Caractéristiques de mon échantillon.....	25
b)    Soins de transition de genre.s et leurs remboursements.....	29
c)    Soins de santé sexospécifiques et leurs remboursements.....	33
d)    Obstacles à l'accès aux soins de santé .....	34
4.2    Forces et faiblesses .....	37
4.2.1    Forces de l'étude .....	37
4.2.2    Faiblesses de l'étude .....	37
4.3    Implications en terme de santé individuelle et/ou collective .....	38
4.4    Perspectives .....	39
5. Conclusion.....	41
6. Bibliographie .....	42
7. Annexes .....	46
Annexe 1 : Formulaire spécifique de remboursement pour le Sustanon.....	46
Annexe 2 : Formulaire non spécifique pour le remboursement de l'Androcur .....	47
Annexe 3 : Parcours de transition en Belgique .....	48
Annexe 4 : Le questionnaire soumis aux participants .....	48

	4
Annexe 5 : Affiche de recrutement pour mon étude .....	60
Annexe 6 : Décision du GEIMG.....	62
Annexe 7 : Accord du Comite d’Ethique Hospitalo-Facultaire .....	63
Annexe 8 : Conventions conclues entre l’INAMI et les équipes de genre de Gand et Liège .....	65

## Résumé

**Contexte :** Le nombre de personnes transgenres en Belgique a été estimé à 4% (1). Ces personnes rencontrent souvent des obstacles lorsqu'elles cherchent à accéder à des soins de santé appropriés et respectueux de leur identité de genre·s. Les principaux obstacles concernent la stigmatisation, la discrimination, le manque de formation des professionnel·le·s de la santé et le coût financier des soins transspécifiques.

**Problématique :** Il existe des disparités d'accès aux soins de santé à cause des politiques de remboursement peu adéquates : la condition d'attestation médicale/psychiatrique pour être pris·e en charge dans des hôpitaux pratiquant des soins transspécifiques, le remboursement des soins sexo-spécifiques selon l'enregistrement de sexe sur la carte d'identité et non selon la présence de l'organe de la personne, le financement insuffisant des structures/réseaux habilités à accueillir les personnes transgenres.

**Objectif :** Examiner les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé et suggérer des recommandations pour améliorer l'équité en matière d'accès aux soins de santé pour les personnes transgenres.

**Question de recherche :** Quels sont les défis rencontrés par les personnes transgenres en matière d'accès aux soins de santé, spécifiquement en ce qui concerne le remboursement de ces soins ?

**Méthode :** Etude quantitative avec analyse descriptive. Elle se base sur les réponses d'adultes transgenres francophones.

**Résultats attendus :** Identification des barrières financières et des facteurs influençant l'accès aux soins de santé, des disparités entre les personnes transgenres et cisgenres et des recommandations pratiques. Ma recherche contribuera à combler le manque de données dans la littérature, et permettra d'encourager les médecins généralistes à adopter une pratique plus inclusive et équitable.

**Mots-clés :** personnes transgenres, accès aux soins de santé, remboursement des soins de transition, médecin généraliste.

# 1. Introduction

## 1.1 Epidémiologie

Les personnes transgenres représentent environ 4% de la population belge (1). La prévalence est difficilement déterminable à cause d'une pénurie de donnée. En effet, il n'y a pas d'enregistrements de certaines personnes transgenres n'ayant pas fait de transition de manière juridique et/ou médicale. De plus, on peut difficilement évaluer ce pourcentage à cause de la discrimination et de la transphobie vécues par ces personnes. Selon une enquête de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH) réalisée en 2017, 10% d'entre elles auraient déjà porté plainte pour discrimination (2).

## 1.2 Terminologie

Pour bien comprendre de quoi on parle, il est important de bien définir chaque notion-clé.

**Sexe** (mâle/femelle/personne intersexuée) : « *ensemble de caractéristiques biologiques (génétiques, phénotypiques, endocrinien...)* utilisées pour scinder certaines espèces animales, dont les êtres humains, en deux catégories : les mâles et les femelles. Dans cette idéologie binaire, les personnes intersexuées qui ne peuvent être catégorisées en tant que mâle ou femelle, sont complètement oubliées et pathologisées » (3).

**Intersexué·e** : « *les personnes intersexuées présentent, à la naissance, des caractéristiques sexuées qui, en raison de larges variations naturelles, ne correspondent pas à la définition-type des sexes mâle ou femelle, notamment en ce qui concerne leurs taux hormonaux et/ou leurs chromosomes et/ou leurs organes reproducteurs et/ou autres caractéristiques sexuées secondaires. Celles-ci représentent au minimum un 1,7% de la population* » (3).

**Genre** (homme/femme/personne non-binaire) : « *construit socio-culturel et non pas une donnée naturelle, biologique. Sexe et genre ne sont pas des notions interchangeables. Le genre relève d'une identité psycho-sociale au départ imposée en vertu des normes binaires, en fonction du sexe biologique assigné dès la naissance (par exemple un nourrisson de sexe mâle sera automatiquement assigné garçon dès la naissance)* » (3).

**Identité de genre·s** : « *l'identité de genre d'une personne se réfère au genre auquel elle s'identifie, le genre n'étant pas nécessairement celui assigné à la naissance. C'est ainsi que l'on distingue des personnes cisgenres (genre ressenti correspondant à celui assigné à la naissance), transgenres (genre ressenti ne correspondant pas au genre assigné à la naissance), dont agenres (ne*

*s'identifiant à aucun genre particuliers) et de genre fluide (leur identité de genre fluctuant en fonction de l'histoire et du vécu du sujet) » (3).*

**Cisgenre** : « *qualifie une personne dont l'identité 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* » (3).

**Transgenre** : « *qualifie une personne dont l'identité de genre diffère de celle habituellement associée au genre (femme/homme) qui lui a été assigné à la naissance. Il s'agit d'un terme couvrant une pluralité d'identités de genre, de personnes souhaitant ou non avoir recours à des modifications corporelles. Est transgenre, toute personne se questionnant ou ne s'identifiant pas complètement aux rôles sociaux associés au genre qui lui a été assigné à la naissance* » (3).

**Expression de genre** : « *renvoie aux différentes façons (vêtements, attitudes, langage...) dont les personnes peuvent exprimer leur identité de genre. Elle peut être qualifiée de féminine, masculine ou androgynie. 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* » (3).

**Transidentité** : « *terme générique utilisé pour décrire toute identité de genre autre que cisgenre* » (3).

### 1.3 Législation relative aux transidentités

**Au niveau international** : Les principes de Yogyakarta ont été adoptés en 2006 par plusieurs spécialistes venant de 25 pays, expert·e·s en législation en matière des Droits de l'Homme. Dans ces principes, un panel de normes internationales concernant les Droits Humains sont abordés ainsi que des applications aux questions relatives à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre et aux caractéristiques sexuées.

Retenons le principe 3 - le Droit à la reconnaissance devant la loi-, mentionnant : « *Chacun a droit à la reconnaissance en tous lieux de sa personnalité juridique. Les personnes aux diverses orientations sexuelles et identités de genre jouiront d'une capacité juridique dans tous les aspects de leur vie. L'orientation sexuelle et l'identité de genre définies par chacun personnellement font partie intégrante de sa personnalité et sont l'un des aspects les plus fondamentaux de l'autodétermination, de la dignité et de la liberté. Personne ne sera forcé de subir des procédures médicales, y compris la chirurgie de réassiguation de sexe, la stérilisation ou la thérapie*

*hormonale, comme condition à la reconnaissance légale de son identité de genre. Aucun statut, tels que le mariage ou la condition de parent, ne peut être invoqué en tant que tel pour empêcher la reconnaissance légale de l'identité de genre d'une personne. Personne ne sera soumis à de la pression pour dissimuler, supprimer ou nier son orientation sexuelle ou son identité de genre »* (4).

**Au niveau européen :** Il y a une forte variété dans l'Union Européenne, en ce qui concerne la législation relative aux transidentités. Que ce soit au niveau de la reconnaissance légale du genre ou du point de vue de la protection contre les violences et les discriminations. La Norvège, la Grèce, le Luxembourg, l'Irlande et Malte sont les pays qui ont adopté une loi permettant aux personnes de changer de genre sans exigence d'un diagnostic de 'dysphorie de genre' et sans médicalisation (3). Retenons l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme : « *toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance* » (5), et l'article 14 : droit à l'égalité et à la non-discrimination (5).

**Au niveau belge :** Ce n'est que récemment qu'en Belgique la question de la défense des personnes transgenres est entrée dans les préoccupations politiques de nos gouvernements. La loi du 25 juin 2017 a permis de simplifier la modification de l'état civil en supprimant notamment les condition de psychiatrisation et de stérilisation qui étaient exigées depuis 2007 (6). Une avancée donc sur la voie de l'autodétermination.

Dans différents articles de la Constitution belge, les principes d'égalité, de non-discrimination, de respect de la vie privée et d'intégrité morale, physique, psychique et sexuelle sont inscrits (7). Les traitements sans nécessité médicale grave et non consentis sont condamnés dans le Code pénal belge (8).

Enfin, d'après la loi de 2002 sur les Droits du Patient : « *le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite* » (9).

## 1.4 Cadre légal concernant les soins transspécifiques en Belgique

Toute personne en Belgique a le droit d'accéder à des soins de santé, comme le dit l'article 23 de la constitution belge (7). Malgré que les soins transspécifiques puissent être obtenus sur le territoire belge, et malgré un remboursement partiel pour certains de ces soins via l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, l'effectivité de l'accès aux soins de santé n'est pas satisfaisant.

Pour qu'une prestation de santé fasse l'objet d'un remboursement total ou partiel par l'assurance obligatoire soins de santé, il faut qu'elle soit intégrée dans la liste de « nomenclature des prestations de santé ». Comme il n'existe aucune nomenclature spécifique aux prestations de santé transspécifiques, les modalités de remboursement restent complexes. Dès lors, la prise en charge de ces prestations relèverait des mêmes modalités de remboursement que pour les personnes cisgenres. Les personnes transgenres pourraient bénéficier d'un remboursement selon qu'elles satisfassent aux critères standards d'éligibilité et d'octroi. De nombreux soins essentiels à la transition médicale (épilation, augmentation mammaire...) considérés comme esthétiques sont par conséquent non remboursés par la mutuelle.

En ce qui concerne les médicaments, seules les spécialités reprises dans une liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, ci-nommé « nomenclature des médicaments » peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie et invalidité (10).

Pour qu'un médicament soit intégré dans cette liste, il doit répondre à des critères dont celui de la « valeur thérapeutique » qui se définit comme : *« la somme de l'évaluation de toutes les propriétés pertinentes pour le traitement d'une spécialité et pour laquelle sont pris en considération l'efficacité, l'utilité, les effets indésirables, l'applicabilité et le confort, caractéristiques, qui, ensemble, sont déterminantes pour la place de la spécialité dans la thérapie par rapport à d'autres possibilités de traitements disponibles ; spécialité et l'incidence économique nette de ladite spécialité »* (10).

Bien que ce principe de remboursement existe, il n'y a pas de dispositions particulières dans la législation pour les personnes qui souhaiteraient débuter un traitement hormonal transspécifique (masculinisant ou féminisant). Comme pour les prestations de santé, ces personnes sont soumises aux mêmes conditions classiques de remboursement que les personnes cisgenres, en matière de traitement hormonal et autres soins médicamenteux. Cependant, il existe des exceptions dans la nomenclature des médicaments. Cela concerne l'Androcur et le Sustanon, qui peuvent prétendre à un remboursement, dans le cadre d'une transition. Le Sustanon (traitement hormonal masculinisant) et l'Androcur (anti-androgène parfois utilisé comme traitement hormonal féminisant, ce qui fait l'objet de débats) voient leurs prix réduits, après accord du médecin conseil de la mutuelle et à condition qu'un·e spécialiste en endocrinologie, urologie ou pédiatrie ait rempli un document ad hoc, ce qui en pratique complique fortement l'accès au remboursement possible (voir annexe 1 et annexe 2).

En outre, il existe des structures de soins nommées « équipes de genre » qui permettent un remboursement pour certains soins transspécifiques non pris en charge par l’assurance obligatoire. Ces 2 équipes de genre sont établies respectivement au sein du Centre hospitalier universitaire de Liège (CHU de Liège) et du Centre hospitalier universitaire de Gand (CHU de Gand). Ces équipes sont constituées de professionnel·le·s de la santé issu·e·s de diverses spécialités en lien avec la transition de genre. Une convention a été conclue entre l’INAMI et chacune des équipes de genre afin de faciliter les remboursements de certains soins.

La convention sur les soins aux personnes transgenres offre des programmes individuels de soins multidisciplinaires qui permettent une prise en charge de séances d’accompagnement psycho-social, de consultations pré- ou postopératoires ou encore d’un forfait trimestriel de médicaments. Cette convention s’applique aux CHU de Gand et de Liège. Notons que depuis le premier janvier 2025, on observe une augmentation du nombre de centres de soins pour les personnes transgenres, passant de 2 à actuellement 6 centres. Toutefois, ces conventions ne remboursent pas les consultations chez l’endocrinologue, le/la chirurgien·ne ou le/la psychiatre. Et les séances de psychologie en dehors des équipes de genre ne sont pas prises en charge (11).

Malgré ces dispositifs mis en place, cela reste inadapté au public cible. En effet, les personnes transgenres n’ont que 2 hôpitaux vers où se diriger, avec des délais d’attente souvent longs (en années). Pour les prises en charge médicales effectuées dans les équipes de genres qui, elles, bénéficient de subventions, un diagnostic psychiatrique est demandé. Dans les équipes de genre conventionnées, les opérations telles que la vaginoplastie (opération de reconstruction vaginale) ou la phalloplastie (opération permettant la construction d’un pénis) ne sont que partiellement remboursées et qu’une seule fois (voir annexe 3 sur les différents parcours de transition en Belgique).

Il convient de souligner qu’il existe une alternative aux équipes de genre, le Réseau Psycho-médico-social Trans\* et Inter\* belge composé d’environ 250 membres dans toute la Belgique, dont 3 hôpitaux (un en Wallonie, un en Flandre et un à Bruxelles), plusieurs centres de planning familial et maisons médicales ainsi que de nombreux/ses médecins / chirurgien.ne.s / logopèdes / juristes / psychiatres / psychothérapeutes / sexologues etc. indépendant·e·s. Ce réseau accompagne une plus grande proportion de personnes transgenres par rapport aux équipes de genre et ce sans pathologisation ni psychiatrisation.

Outre le problème d’accès aux soins de santé transspécifiques, s’ajoute aussi les soins de santé généraux. Cela concerne l’absence de remboursement des soins ordinaires sexo-spécifiques

comme l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et le dépistage de cancers sexospécifiques.

Une personne qui a modifié son « sexe enregistré » sur sa carte d'identité perd son droit au remboursement pour les soins sexo-spécifiques. Exemples : un homme transgenre qui a modifié sa carte d'identité, et qui a maintenant un « M », ne peut plus bénéficier du remboursement d'une mastectomie (ablation d'un sein) ni d'un frottis du col de l'utérus ni d'une IVG.

## 1.5 Choix et objectif de l'étude

Après avoir suivi un cours à option sur l'accompagnement des personnes transgenres, je me suis rendue compte que beaucoup d'informations sur cette thématique m'étaient inconnues. Dans ce cours, j'ai été interpellée par les discriminations et les difficultés d'accès aux droits sociaux et politiques, ainsi que par la vulnérabilité de cette population en matière d'accès aux soins de santé. J'ai donc été regarder dans les archives, les anciens TFE traitant de transidentité, afin de me renseigner sur le sujet et de ressortir une idée de thème pour mon TFE. Le 1<sup>er</sup> constat que j'ai pu identifier est que les personnes transgenres rencontrent des difficultés d'accès notamment au niveau de l'accueil. L'autre constat est qu'il n'y a pas assez de professionnel·le·s de la santé formé·e·s aux transidentités. Tout cela a été suffisamment avéré. Mais au-delà de l'accueil, quelles autres difficultés ces personnes rencontrent dans l'accès aux soins de santé ? Je me suis alors tournée vers ma promotrice, psychologue de l'association Genres Pluriels (association de soutien aux personnes transgenres et intersexuées) pour m'aider à cibler les besoins de cette patientèle. Un besoin qui est ressorti est d'avoir des professionnel·le·s de la santé formé·e·s mais pas uniquement au niveau de l'accueil. Le Dossier Médical Global (DMG) est géré par le/la médecin généraliste et c'est lui/elle qui peut voir tout ce qui a posé problème dans l'accès aux soins de santé. Une personne n'ayant pas été remboursée de son frottis de col de l'utérus pourra se faire accompagner par son/sa médecin traitant. Mais concrètement, comment faire pour aider cette personne à obtenir le remboursement qu'elle n'a pas obtenu (par exemple, parce qu'elle a changé son « sexe enregistré » sur sa carte d'identité) ? Même les professionnel·le·s de la santé sensibilisé·e·s et formé·e·s aux transidentités se demandent en quoi leur accompagnement a posé problème et c'est souvent des questions administratives de ce type. Mais avant tout, ne faut-il pas d'avance que le/la médecin généraliste sache qu'il n'est pas prévu que les personnes qui ont un M sur leur carte d'identité bénéficient automatiquement du remboursement du frottis de col ?

Dès lors, l'objectif de cette étude sera d'identifier, d'examiner les défis rencontrés par les personnes transgenres en matière d'accès aux soins de santé, et plus particulièrement en matière de

remboursement de ces soins. Ce TFE pourra apporter des pistes de solutions et aider le/la médecin généraliste à réaliser un accompagnement adéquat et de qualité.

## 2. Méthodologie

### 2.2 Recherche bibliographique

Pour la recherche d'articles scientifiques, j'ai utilisé comme outil Pubmed et Embase. J'ai également employé comme moteur de recherche Google Scholar. Comme termes de recherches, j'ai utilisé : transgender persons, healthcare financing, accessing health care, transgender, health care policy, health insurance, health care access. Ensuite, j'ai sélectionné les sources selon leur pertinence vis-à-vis de mon enquête, leur date (postérieures à l'année 2020), leur langue (anglaise). Les articles qui étaient accessibles en intégralité et en libre accès, grâce notamment au portail documentaire accessible pour les étudiants de l'UCLouvain, y ont été inclus. J'ai confronté la littérature scientifique avec des travaux antérieurs provenant entre autres de l'ASBL Genres Pluriels (association belge de soutien et de défense des droits des personnes transgenres et intersexes, en Belgique francophone), du site internet de l'institut pour l'Egalité entre les Hommes et les Femmes (IEFH). J'ai pu participé à une conférence traitant des 'remboursements des soins de santé pour les personnes transgenres en Belgique en 2024' où j'ai pu faire le lien avec l'avis d'expert·e·s en matière de Droit, Psychologie, Santé Publique et Mutualité. J'ai également eu l'occasion d'avoir des échanges avec des personnes concernées.

### 2.2 Caractéristiques de l'étude

Type d'étude : la méthodologie choisie pour ce travail est une étude quantitative. Cette étude se base sur la récolte de réponses à un questionnaire. Une copie de ce questionnaire est disponible en annexe (annexe 4). Bien qu'il s'agit d'une méthodologie quantitative, quelques questions ouvertes ont été intégrées au questionnaire, dans le but de mieux interpréter certaines réponses fermées. La récolte de ces éléments qualitatifs ne modifie pas la visée de l'étude qui reste quantitative par sa méthode d'analyse (statistique descriptive) et par la structuration principale de ses données.

L'exploitation des réponses qualitatives ne servent qu'à titre explicatif.

Recrutement : les participant·e·s ont été recruté·e·s par diverses méthodes. Une annonce a été faite en ligne sur les réseaux sociaux comme Facebook ainsi que sur des forums LGBTQI+. Une affiche

a été exposée dans des lieux comme les campus universitaires de l'UCL et l'ULB, des centres médicaux et des hôpitaux. Cette affiche se trouve en annexe (annexe 5). J'ai fait appel à l'ASBL Genres Pluriels pour relayer l'information par e-mail. Je me suis aussi aidée du bouche-à-oreille et de mon réseau personnel (ami·e·s, famille, collègues) pour diffuser mon enquête.

Population cible : cette enquête s'adresse aux personnes transgenres majeures. Afin d'inclure le plus de personnes possible et d'avoir un maximum de données, j'ai élargi mon public cible à toute les personnes domiciliées en Belgique.

Avis du comité d'éthique : suite à la décision du GEIMG (Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale) (annexe 6), j'ai dû soumettre mon sujet au Comité d'Ethique de l'UCLouvain qui a émis un avis favorable en date du 22 octobre 2024 (annexe 7).

Récolte des données : les données ont été récoltées via un questionnaire auto-administré sur internet. La diffusion en ligne a permis d'atteindre un bon nombre de personnes, venant de toute la Belgique. Et ce, de manière rapide et efficace. L'auto administration du questionnaire est une bonne solution car elle permet aux participant·e·s, qui auraient des réticences à venir face à l'enquêteur/trice, de répondre plus sincèrement sans peur d'être stigmatisé·e ou de devoir dévoiler son identité. Ce questionnaire a été transposé sur LimeSurvey, logiciel qui respecte la confidentialité et l'anonymat des données, et est resté accessible jusqu'au 31 mars 2025.

Analyse des données : LimeSurvey a permis de créer le questionnaire et de récolter les données en temps réel. En choisissant l'option correspondante, ce logiciel d'enquête statistique a permis d'illustrer automatiquement les résultats de l'étude sous forme de graphiques. J'ai également transposé les données dans un fichier Excel, pour créer quelques tableaux et réaliser certaines analyses statistiques.

## 3. Résultats

### 3.1 Caractéristiques de l'échantillon

L'enquête a été clôturée le 31 mars 2025 et 109 réponses ont été recueillies.

L'échantillon se compose essentiellement d'adultes se situant dans la tranche d'âge 18-29 ans avec 49% des répondant·e·s. Nous comptabilisons plus de personnes de sexe mâle avec une proportion de 56% et plus de personnes de genre « femme » avec 49%. En terme de distribution entre les hommes transgenres, les femmes transgenres et les personnes non-binaires, on remarque qu'elle se rapproche davantage des femmes transgenres, bien que cette répartition soit dispersée.

La majorité des répondant·e·s réside dans la partie francophone du pays dont 54% dans la région de Bruxelles-Capitale. L'échantillon est formé de 60% de travailleurs/euses exerçant surtout dans les secteurs de la santé et de l'éducation, contre 23% d'étudiant·e·s et 19% de personnes qui sont soit au chômage soit pensionnées ou sous la mutuelle.

Voici les données des participant·e·s :

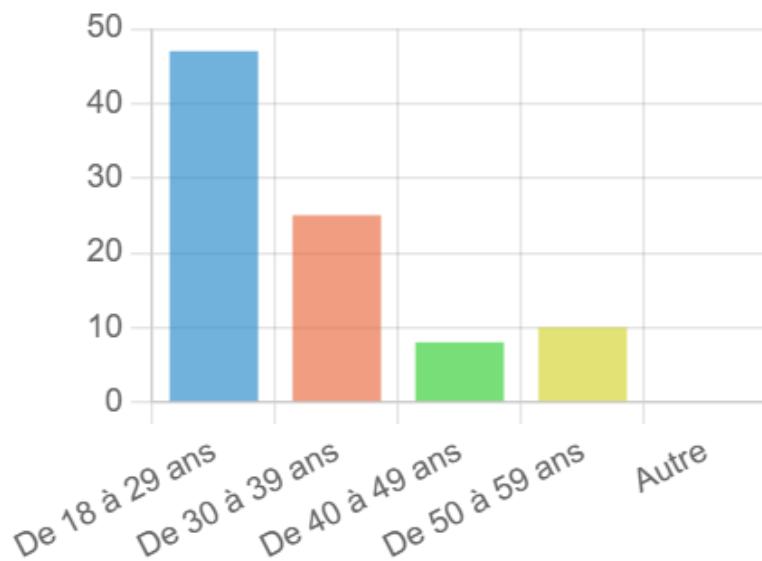


Figure 1. Répartition des répondant·e·s selon leur tranche d'âge

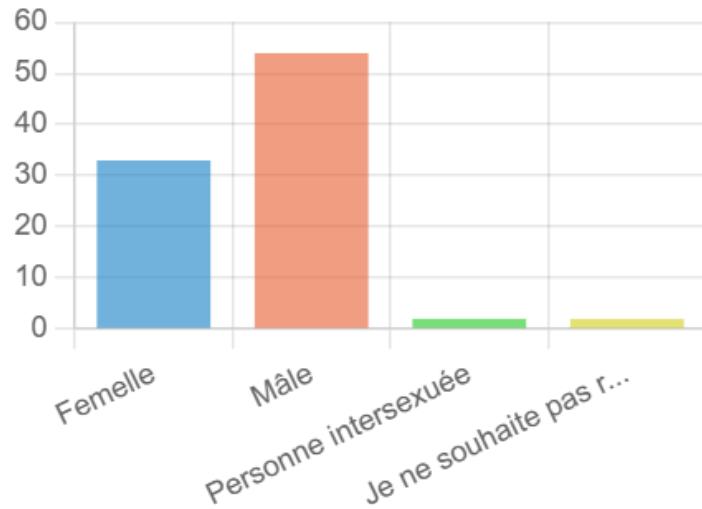


Figure 2. Répartition des répondant·e·s selon leur sexe assigné à la naissance

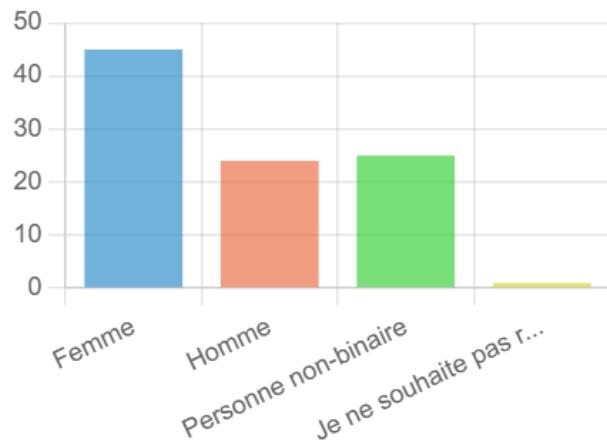


Figure 3. Répartition des répondant·e·s selon leur identité de genre

Tableau 1 : Répartition des répondant·e·s selon leur lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif
Bruxelles-Capitale	57
Brabant-Wallon	8
Brabant-Flamand	1
Hainaut	14
Liège	13
Luxembourg	3
Namur	7
Anvers	1
Flandre-Occidentale	0
Flandre-Orientale	1
Limbourg	0

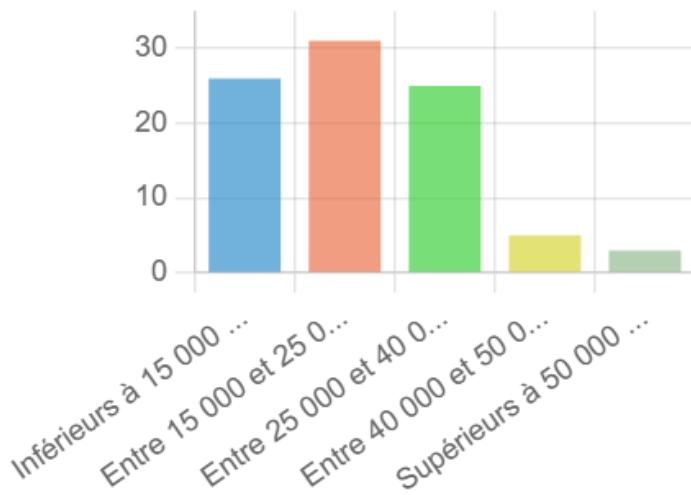


Figure 4. Répartition des répondant·e·s selon leur revenu

Tableau 2 : Répartition des répondant·e·s selon leur revenu

Tranche de revenu annuel (€)	Effectif	Centre de classe (€)
Inférieur à 15 000	29	7500
Entre 15 000 et 25 000	37	20 000
Entre 25 000 et 40 000	28	32 500
Entre 40 000 et 50 000	5	45 000
Supérieur à 50 000	5	55 000 (estimation)

Le revenu annuel moyen est estimé à environ 22 712 €. Le revenu médian se situe entre 15 000 et 25 000 €.

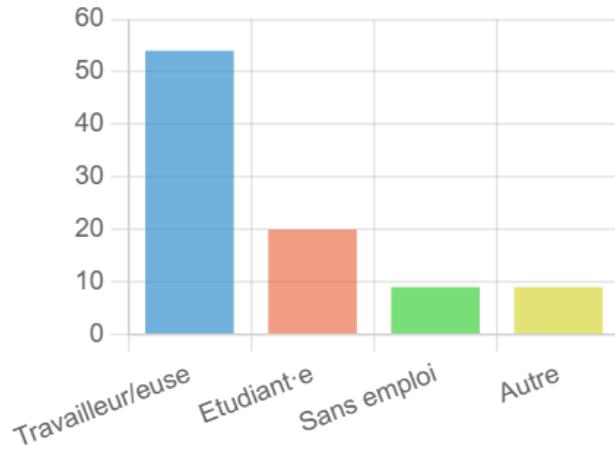


Figure 5. Répartition des répondant·e·s selon leur statut social

Tableau 3 : Répartition des répondant·e·s selon le secteur dans lequel ils travaillent

Secteur de travail	Effectif
Santé	17
Education	17
Finance	2
Commerce/vente	9
Services/hôtellerie	7
Administration	8
Technologie/informatique	11
Ingénierie	2
Industrie	2
Autres	31

### 3.2 Soins de santé transspécifiques et leurs remboursements

Après la récolte des données socio-démographiques, je me suis concentrée sur les différents types de soins dont les personnes transgenres ont pu bénéficier, ainsi que leurs niveaux de remboursement.

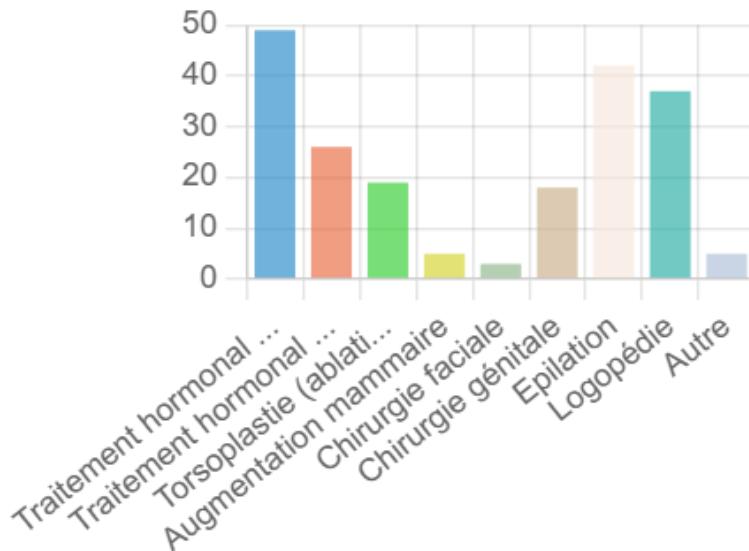


Figure 6. Répartition des répondant·e·s selon leur type de soins de transition

Tableau 4 : Répartition des répondant·e·s selon leur type de soins de transition

Type de soins	Effectif (N=)	Pourcentage % (sur 109 participant·e·s)
Traitement hormonal féminisant	53	47
Traitement hormonal masculinisant	30	27
Torsoplastie	20	18
Augmentation mammaire	6	5
Chirurgie faciale	5	4
Chirurgie génitale	20	18
Epilation	46	42
Logopédie	40	36
Autre	7	6

Cette étude montre que 74% des répondant·e·s ont bénéficié d'un traitement hormonal (féminisant et/ou masculinisant), pour 45% qui ont eu recours à la chirurgie (regroupant, par ordre décroissant, une torsoplastie - construction d'un torse d'allure masculin -, une chirurgie génitale, une chirurgie faciale et/ou une augmentation mammaire). Les autres soins du corps comme l'épilation et la logopédie ont également été beaucoup utilisés avec un pourcentage total de 78%.

En moyenne, chaque participant·e a bénéficié d'un peu plus de 2 soins (moyenne des traitements par personnes = 2,27 traitements).

Concernant le remboursement des soins liés à la transition, 62% des participant·e·s ont obtenu un remboursement partiel, notamment grâce à une couverture par l'assurance maladie. En excluant les participant·e·s qui ne savent pas s'iels ont été remboursé·e·s, on compte en moyenne plus de remboursements partiels (moyenne pondérée = 0,76).

Notons que seulement 8% possèdent une assurance privée, sur lesquels 2% ont pu obtenir une couverture complète de leurs soins de santé. On constate aussi que 14% des répondant·e·s n'ont été aidé·e·s par aucune mutuelle/couverture santé.

Pour les traitements hormonaux féminisants tels que l'Oestrogel, majoritairement prescrit en Belgique par le réseau Psycho-médico-socail Trans\* et Inter\* belge, ils sont remboursés partiellement voire totalement : « *Œstrogel, remboursé par le statut BIM* ». Cependant la forme injectable n'est pas remboursée « *mes hormones ne sont pas remboursées car ce dont j'ai besoin (œstrogènes injectables) n'est pas disponible en pharmacie* ». Pour les traitements hormonaux masculinisant tels que le Sustanon, le remboursement est soumis à certaines conditions, comme expliqué plus haut : « *Pour le Sustanon, remboursé pour un certain nombre de doses (20/an)* », « *après 3,5 ans et demande par l'endocrinologue, prix testo 1,20 euros (au lieu de 11,60)* ». Pour la torsoplastie, certains ont eu un remboursement minime et d'autres ne l'ont pas eu : « *Un peu, la torso mais très peu* », « *Pour la torsoplastie assurance hospi)* », « *Torsoplastie (2000 euros en moins sur 5000)* », « *Torsoplastie légèrement* », « *Aucun remboursement pour la torso* ». Pour les opérations génitales, certaines sont remboursées : « *L'orchidectomie via l'assurance hospitalisation pour la partie non pris en charge de la mutuelle* », « *Hystérectomie oui sauf frais pharma* », « *J'ai dû payer toutes les chirurgies* ». Pour l'épilation, pas de remboursement : « *Laser visage 100 euros/session* », « *Aucun pour l'épilation laser de la zone pour la vagino. Pourtant un prérequis pré-op* », « *Aucun remboursement pour l'épilation définitive* ». Pour la logopédie, un remboursement est prévu après demande et accord auprès de la mutuelle : « *Logopédie (remboursement partiel et nombre de séances limité)* », « *Remboursement de logo pcq demande introduite pour un autre trouble (que je n'ai pas)* », « *Logopédie avec le remboursement de la mutuelle* », « *Logopédie, remboursement partiel après accord* », « *Logopédie après 2 ans plus de remboursement* ».

Tableau 5 : Répartition des répondant·e·s selon l'obtention d'un remboursement de leurs soins

Remboursement	Effectif	Pourcentage (%) sur 109 participant·e·s
Remboursement total	5	4
Remboursement partiel	68	62
Aucun remboursement	30	27
Aucune idée	6	5

Tableau 6 : Répartition des répondant·e·s selon l'aide par leur couverture santé/mutuelle

Couverture santé/mutuelle	Effectif
Couverture complète par l'assurance maladie	8
Couverture partielle par l'assurance maladie	69
Couverture complète par une assurance privée	2
Couverture partielle par une assurance privée	6
Aucune couverture par la mutuelle/couverture santé	14

### 3.3 Soins de santé sexo-spécifiques et leurs remboursements

Afin d'objectiver un autre enjeu dans la disparité des remboursements des soins de santé chez les personnes transgenres, le questionnaire se poursuit avec des questions propres aux soins sexo-spécifiques.

Tableau 7 : Répartition des répondant·e·s selon la réalisation d'un frottis de dépistage du cancer de l'utérus

	Effectif
Oui	19
Non	50
Non applicable	28

Tableau 8 : Répartition des répondant·e·s ayant bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer de l'utérus selon l'obtention d'un remboursement de ce soin

	Pourcentage (%)
Oui	18
Non	5
Non applicable	75

Tableau 9 : Répartition des répondant·e·s selon la réalisation d'un dépistage du cancer de la prostate

	Effectif
Oui	6
Non	64
Non applicable	26

Tableau 10 : Répartition des répondant·e·s ayant bénéficié d'un dépistage du cancer de la prostate selon l'obtention d'un remboursement de ce soin

	Pourcentage (%)
Oui	4
Non	3
Non applicable	91

Parmi les 19% qui ont bénéficié d'un frottis de dépistage pour le cancer de l'utérus, 5% n'ont pas obtenu de remboursement de ce soin. Pour le dépistage du cancer de la prostate, 6% des répondant·e·s en ont bénéficié mais 3% d'entre elles/eux n'ont pas obtenu de remboursement.

A la question « Le remboursement de ces soins a-t-il dépendu de votre numéro de registre national ? », pour 11% des répondants, le remboursement de leur soin a dépendu de l'enregistrement du sexe sur leur carte d'identité et 39% des participant·e·s ne savent pas si le sexe enregistré a eu un impact sur un quelconque remboursement.

Comme raison du/des remboursement·s de leur·s soin·s, certains répondant·e·s rapportent : « *J'étais encore enregistrée en tant qu'homme pour l'orchidectomie, sinon je n'aurais pas eu le remboursement* », « *Pour une échographie, je n'ai plutôt pas eu de facturation car M et pas F* ». Une des répondantes cite comme raison à ne pas avoir changé son marqueur de genre : « *Étant précaire, je ne peux pas risquer qu'un soin ne soit pas remboursé à cause du marqueur de genre, j'ai donc pas changé mon marqueur de genre pour le moment* ».

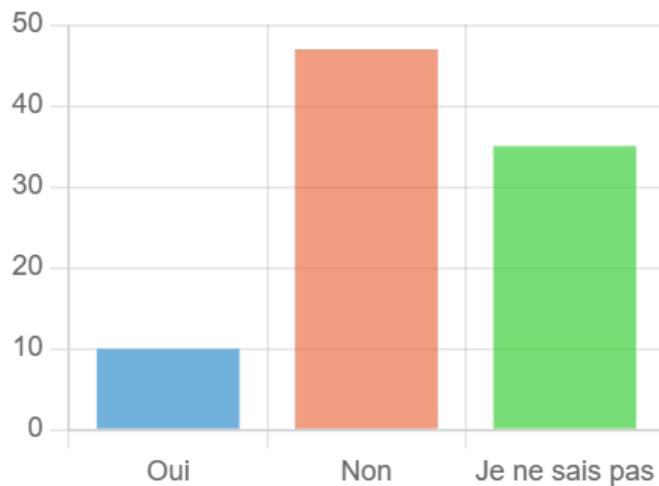


Figure 7. Répartition des répondant·e·s en fonction du nombre de personnes ayant été remboursées ou non du fait de leur « sexe enregistré »

### 3.4 Obstacles à l'accès aux soins de santé

Dans cette enquête, près de 89% des répondant·e·s pensent qu'il y a une disparité dans l'accès aux soins de santé entre les personnes cisgenres et transgenres. La moyenne s'estime à 2,36 correspondant à une perception généralisée d'inégalités d'accès.

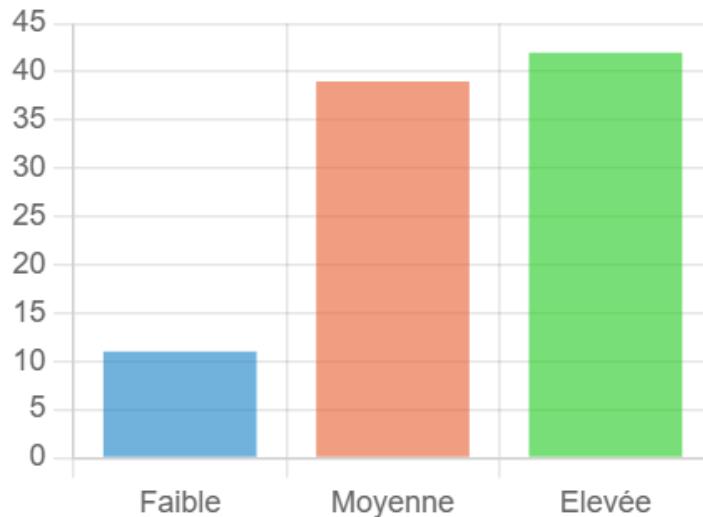


Figure 8. Répartition des répondant·e·s en fonction de leurs évaluations dans la disparité de l'accessibilité des soins entre les personnes cisgenres et transgenres

Parmi les obstacles rencontrés par les répondant·e·s dans les démarches pour l'obtention d'un remboursement, 57% citent l'insuffisance de couverture par les mutuelles. Le diagnostic psychiatrique par un·e spécialiste, comme exigence pour le remboursement, a été choisi comme obstacle par 26% des participant·e·s. La majorité des participant·e·s ont rencontré plus d'un obstacle (moyenne = 1,74 obstacle). La médiane est égale à 2.

Beaucoup de participant·e·s rapportent que l'obstacle majeur dans leur transition concerne tous les frais à leur charge, à cause de l'absence de remboursement : « *Epilation: rien n'est remboursé alors que le coût est très élevé et inabordable pour beaucoup de personnes* », « *La non prise en charge de la chirurgie faciale, chirurgie des cordes vocales et épilation laser, sont un coût très élevé qui pousse la plupart des personnes en transition à passer par la prostitution* », « *Opération en Thaïlande pour la vagino, seul un professionnel était valable en Belgique, 4500€ avant convention de mutuelle, + épilation avant +- 2000€...* », « *Epilation : juste aucun remboursement.... Donc 110€ la séance pour le visage* ». Certain·e·s signalent quelques produits pharmaceutiques non disponibles en Belgique ou l'absence de praticien·ne exerçant dans leur région : « *L'absence de chirurgien·ne pratiquant la vaginoplastie en Wallonie* », « *Hormones : par injection, c'est pas autorisé sur le marché EU. Donc sous le manteau. 25€ par 8-10 mois. C'est moins cher que le gel oestro partiellement remboursé et bcp moins efficace* », « *seules les pilules et gels sont remboursés et légaux alors que pour beaucoup de personnes seules les injections fonctionnent et celles-ci sont beaucoup plus pratiques/efficaces dans tous les cas* ». D'autres personnes révèlent que le manque d'informations de la part des professionnel·le·s entrave leur accès au·x soin·s : « *La mutuelle me dit que je dois leur fournir une "lettre de référence" et que le/la médecin.e doit savoir quoi y inscrire, tandis que mon médecin me dit qu'elle n'a aucune idée de ce qu'elle doit y mettre* », « *Manque d'infos de la part des mutuelles : multiples rencontres avec MC et Partena pour ma torso, j'étais bien + informé qu'elleux c'était affligeant* ». Quelques répondant·e·s témoignent des longs délai d'attente : « *Temps d'attente très long (plusieurs années)* », « *Délais pour rendre les papiers de remboursement très courts (je n'ai pas pu bénéficier du remboursement de la logopédie car j'ai rendu les papiers à la mutuelle un jour après les délais demandés... sauf ce que cela m'a pris 2 mois d'avoir un rendez-vous avec un·e spécialiste)* ».

Tableau 11 : Répartition des répondant·e·s selon les obstacles qu’iels ont rencontrés dans leur remboursement

Obstacles rencontrés	Effectif	Pourcentage (%) sur les 109 participant·e·s
Complexité administrative	41	37
Exigence de fournir un diagnostic psychiatrique pour être remboursé	29	26
Mutuelle/couverture de santé insuffisante	63	57
Obligation de choisir un·e praticien·ne particulier·e pour être remboursé·e	44	40
Autre	13	11

Concernant la question sur le/la médecin généraliste : joue-t-iel un rôle dans tout ce processus ?

D’après les 98 personnes qui ont répondu à cette question, 46 répondant·e·s ont eu une participation de leur médecin. Pour 40 d’entre elles/eux, cela concerne essentiellement une participation minimale comprenant une prescription de traitement hormonal et/ou des informations de base sur leurs soins. 3 personnes ont obtenu de leur médecin une aide dans le remplissage de document et/ou formulaire et 3 autres personnes ont reçu des conseils détaillés ainsi qu’ un contact du médecin avec leur mutuelle.

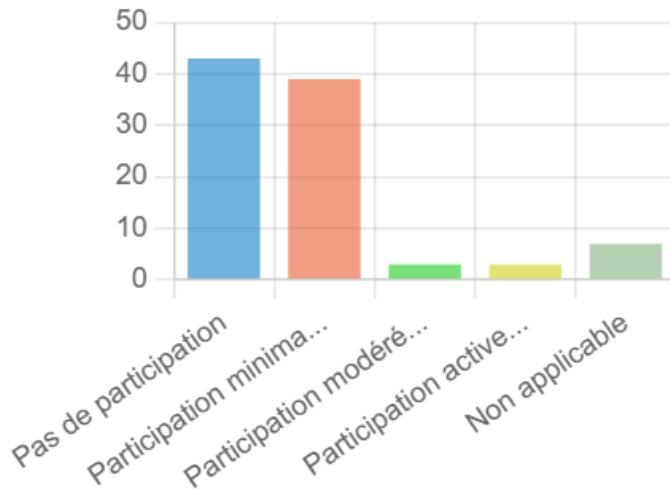


Figure 9. Répartition des répondant·e·s selon la participation de leur médecin généraliste

Si on exclut les 7 répondant·e·s qui ont répondu « non applicable », on remarque que près de 94% des personnes n’ont obtenu aucune participation ou une faible participation de la part de leur médecin traitant. La moyenne de participation du médecin étant de 0,6.

## 4. Discussion

### 4.1 Interprétation et discussion des résultats

Cette étude met en évidence les tenants et aboutissants des difficultés d'accès aux soins de santé pour les personnes transgenres.

#### a) Caractéristiques de mon échantillon

Bien que la population transgenre fasse partie des minorités, elle compte 25 millions de personnes dans le monde, dont 5 millions en Europe (12). D’après les estimations, environ 55 000 belges s’identifient comme personnes transgenres et non binaires (13). Selon les études, aux méthodologies plus ou moins inclusives, la proportion d’individu·e·s transgenres dans la population générale belge varie entre 0,6 à 1,1% (14) et 4% (1). Ces chiffres sont non négligeables.

Dans mon enquête, près de la moitié des participant·e·s sont âgé·e·s entre 18 et 29 ans, sont des femmes transgenres, et résident dans la région de Bruxelles-Capitale. Les résultats obtenus pour la proportion de femmes transgenres correspondent aux proportions des chiffres belges. « *Dans 56% des cas, il s’agit de changements d’homme vers femme (femme transgenre) et dans 44%, de femme vers homme (homme transgenre). Durant des années, ce rapport était de deux tiers contre un tiers,*

mais il se modifie en faveur des hommes transgenres depuis la modification de la loi. Depuis 2019, la proportion de demandes est à peu près égale » (13).

Par contre, la tranche d'âge ainsi que le lieu de résidence de mon échantillon ne correspondent pas aux nombres d'enregistrements recensés par les études récentes.

Les données issues du Registre National nous ont appris en 2023 que : (15)

- Selon l'année : il y a eu un accroissement au fil des ans du nombre d'enregistrement officiel de changement de sexe, avec un pic en 2018 (année de la mise en application de la loi susmentionnée, basée sur l'autodétermination)
- Selon le genre : plus de 2/3 de changements de « sexe enregistré » se sont faits chez les femmes transgenres
- Selon l'âge : ces changements de « sexe enregistré » ont eu lieu plus tôt chez les hommes transgenres avec un âge moyen de 26 ans. Chez les femmes transgenres, l'âge moyen était de 35 ans
- Selon la région : il y a eu plus de personnes résidant dans la région flamande, puis en région wallonne et en dernier, dans la région de Bruxelles-Capitale.

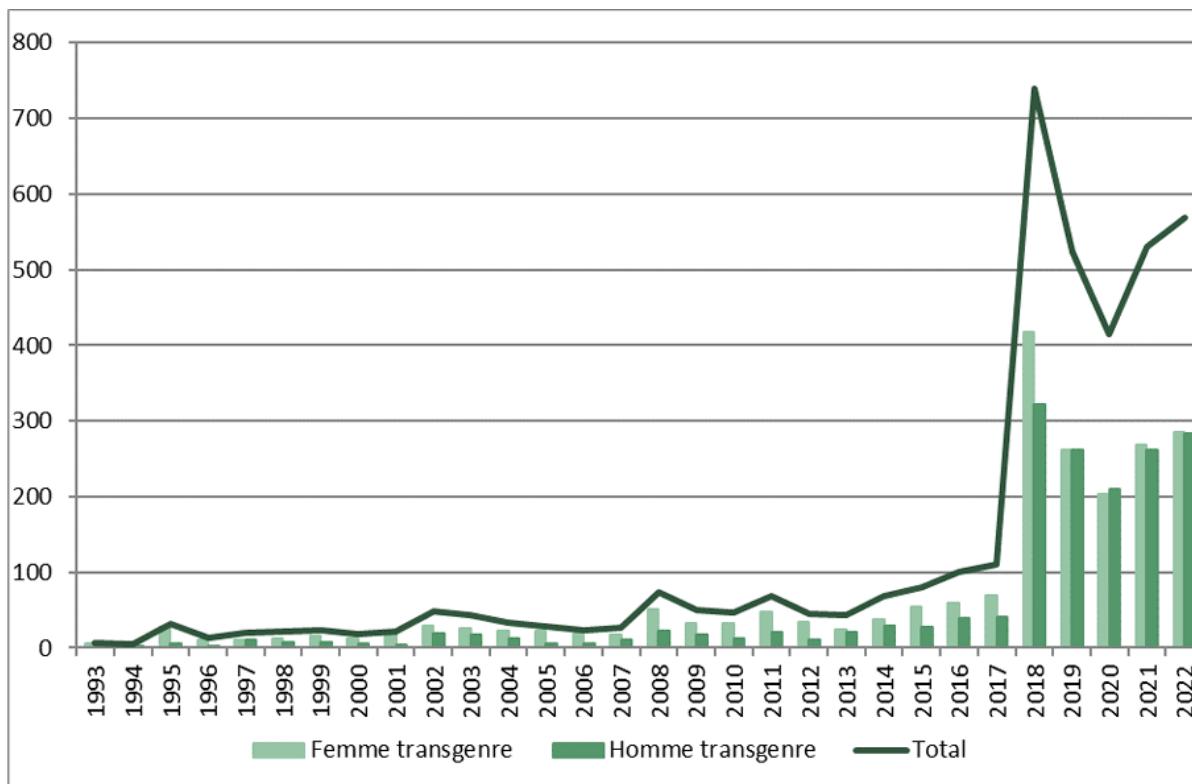


Figure 10. Evolution du nombre de changements de la mention officielle de « sexe enregistré » en Belgique de 1993 à 2022 (15)

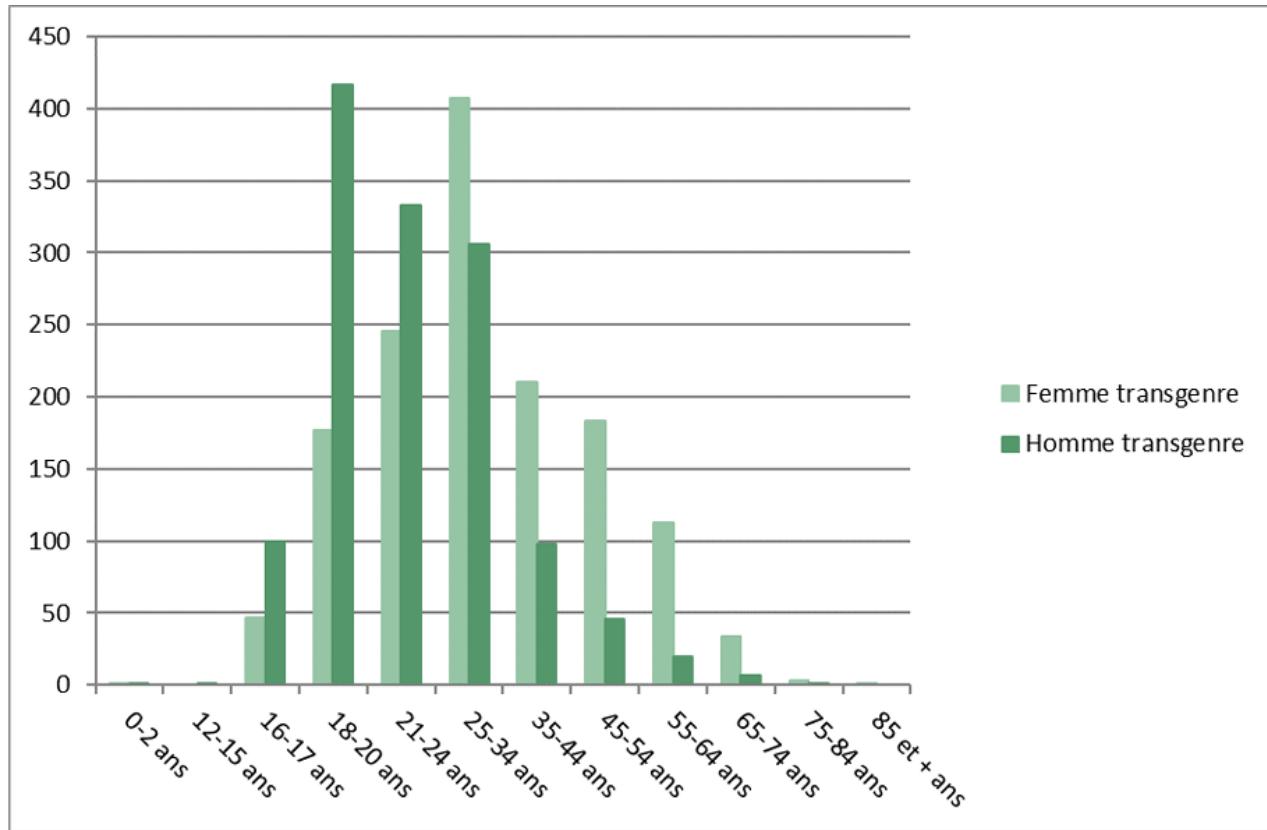


Figure 11. Nombre de personnes transgenres ayant modifié leur « sexe enregistré » en Belgique entre avril 2018 et décembre 2022, selon leur âge lors du changement (15)

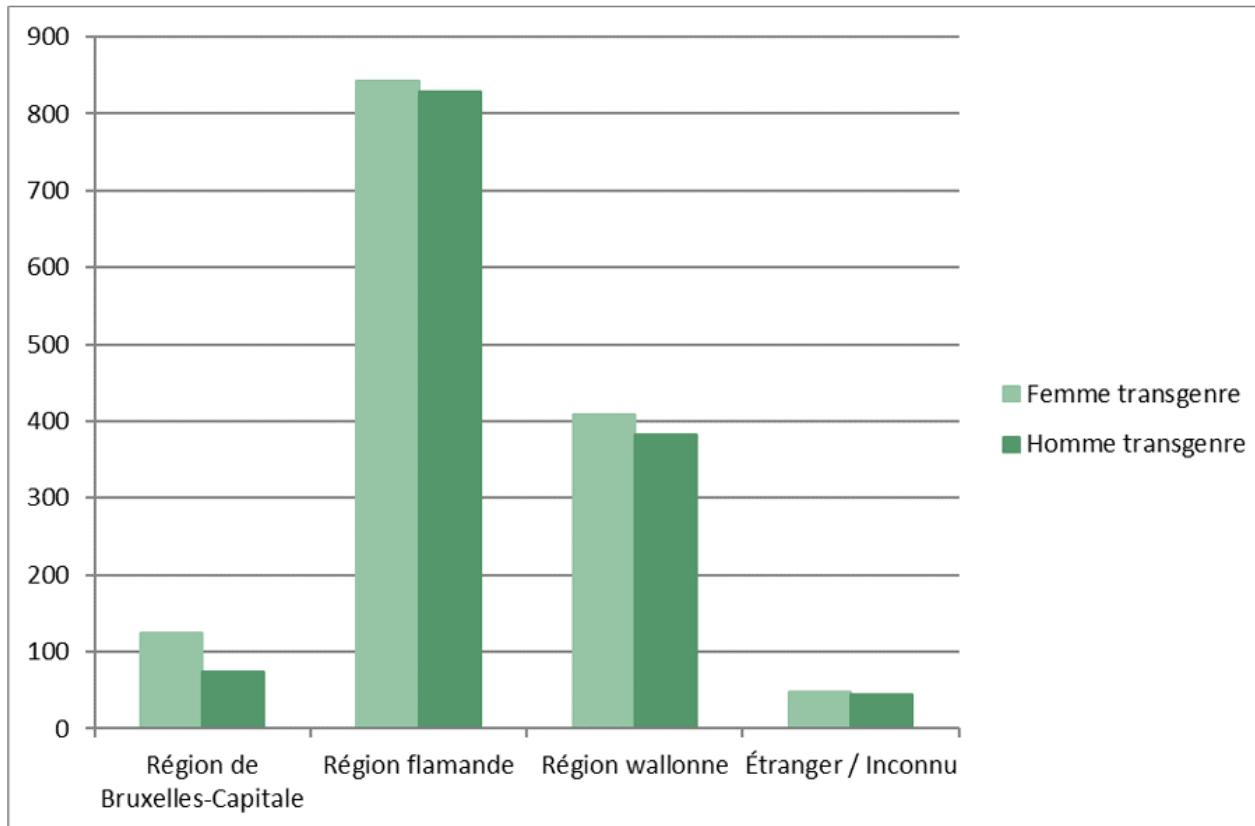


Figure 12. Nombre de changements de la mention officielle de « sexe enregistré » selon la région et le genre, entre avril 2018 et décembre 2022 (15)

Parmi les participant·e·s à mon enquête, au sujet des revenus, on remarque que près d’1/3 touche un salaire annuel entre 15 000 et 25 000 euros, près d’1/4 est sous le seuil des 15 000 euros et 1/20 a un salaire minimal de 40 000 euros ou plus par an. Pour les personnes qui perçoivent moins de 15 000 euros par an, cela peut s’expliquer notamment par le fait que 60% des répondant·e·s sont des travailleur·euses, et les autres sont soit étudiant·e·s, au chômage, pensionné·e·s, sous la mutuelle ou en invalidité.

Même si avec ces résultats il est difficile de savoir si les personnes transgenres ont en moyenne des revenus inférieurs à ceux des personnes cisgenres, on peut supposer que cette population est précaire. En effet, avec les discriminations qu’elles subissent, elles doivent avoir moins d’opportunités dans le marché du travail (16,17). D’ailleurs, une ancienne étude européenne a enregistré 40% de femmes transgenres et 36% d’hommes transgenres qui ont un travail rémunéré. Ces pourcentages sont bien inférieurs à ceux d’Eurostat qui répertorie, en moyenne en Belgique en 2009, 57,4% de femmes et 72% d’hommes (18).

## b) Soins de transition de genre.s et leurs remboursements

### Soins de santé

Près de 75 % des répondant·e·s bénéficient d'un traitement hormonal avec un plus grand ratio pour les traitements hormonaux féminisants. Ces chiffres sont réalistes car dans la population générale, une bonne partie en bénéficie et parfois même sans autres thérapies (12).

Le but recherché dans la prise d'un traitement hormonal féminisant est l'apparition des caractéristiques sexuées secondaires féminines. Comme effets, citons le développement mammaire, la diminution de la musculature, la répartition des graisses. Les hormones utilisées sont essentiellement les œstrogènes naturels mais parfois aussi la progestérone naturelle, voire la finastéride (anti-androgène utilisé contre la chute des cheveux). L'œstrogène naturel employé est l'Oestrogel, administré par voie transdermique. Pour le traitement hormonal masculinisant, le but est de faire apparaître les caractéristiques sexuées secondaires masculines. Les effets recherchés en sont le développement de la musculature, l'arrêt des menstruations, la pilosité, la mue de la voix. L'hormone utilisée est la testostérone. On prescrit surtout le Sustanon qui s'administre par voie intra-musculaire, toutes les 3 semaines environ. (3,19,20)

Le fait qu'ici il y ait un plus grand taux d'utilisation de traitement hormonal féminisant peut s'expliquer par la plus grande proportion des répondantes femmes transgenres mais aussi parce que c'est un traitement peu onéreux (quelques euros par mois pour les gels) et dont les remboursements ne causent pas de problème (3). A l'inverse, les traitements hormonaux masculinisants sont plus chers et leurs remboursements sont soumis à des conditions, comme expliqué précédemment.

En principe, les traitements hormonaux sont relativement accessibles car il n'est pas nécessaire pour les personnes concernées de se rendre chez un·e endocrinologue pour une prescription. Tout·e médecin généraliste est apte à les prescrire, même si en pratique peu le font par manque de connaissances sur les transidentités et ce qui est nécessaire à savoir pour accompagner ces traitements.

Concernant les chirurgies transspécifiques, près de 20% des répondant·e·s ont eu recours à une torsoplastie et /ou une chirurgie génitale. Les autres opérations comme l'augmentation mammaire et la chirurgie faciale ont été peu sollicitées.

L'écart qui existe entre le nombre de personnes sous hormones et le nombre de personnes opérées peut être attribué au fait qu'auparavant, une évaluation psychiatrique était exigée des

chirurgien·ne·s pour pouvoir bénéficier d'une intervention chirurgicale. Cette exigence porte atteinte au droit à disposer de son corps et à l'autodétermination (12). Toutefois, certain·e·s praticien·ne·s demandent encore cette attestation psychiatrique pour prodiguer des soins médicaux. Non désirée par beaucoup d'entre elles, cette condition peut constituer un frein à recourir à ces opérations, rendant ces personnes plus vulnérables en matière d'accès aux soins. Cette exigence faite pour les individus transgenres illustre la discrimination par rapport aux individus cisgenres. En effet, la différence de traitement en fonction de l'identité de genre est un des 26 critères de discrimination défendus en Belgique.

Concernant les chirurgies d'augmentation mammaire et les chirurgies faciales, une hypothèse qui en découle est que le peu de demande doit probablement résulter du manque de prise en charge par les assurances.

Outre les différents soins susmentionnés, il existe différentes options pour masculiniser ou féminiser son expression de genre. Dans mon enquête, environ 40% des répondant·e·s se sont tourné·e·s vers la logopédie et l'épilation.

## Remboursements

Sur base des résultats de mon étude, on constate que les ¾ des participant·e·s ont obtenu un remboursement de certains de leurs soins, avec une majorité ayant eu un remboursement partiel. Les 5% d'entre eux/elles qui ont vu leurs soins être totalement remboursés sont les personnes qui, sous Oestrogel, bénéficient d'une intervention majorée auprès de leur mutuelle (statut BIM). Le nombre élevé de personnes qui ont obtenu un remboursement partiel peut s'expliquer par le fait que près de 50% de mon échantillon a eu recours à un traitement hormonal féminisant incluant très probablement l'Oestrogel qui est automatiquement remboursé. Dès lors, quelle part des personnes remboursées subsiste, après exclusion de celles ayant eu recours à un traitement hormonal féminisant ?

A travers une autre question soulevée au sujet des couvertures santé, on remarque que bon nombre a une assurance maladie, avec un taux d'environ 80%. Un peu moins de 10% des répondant·e·s ont reçu une aide via une assurance privée. Il y a néanmoins environ 15% des participant·e·s qui n'ont aucune couverture santé.

D'après les commentaires laissés par les participant·e·s, ceux/celles traité·e·s par oestrogène sous forme de gel reçoivent un remboursement partiel. Dans ceux/celles qui sont sous testostérone

(Sustanon), certain·e·s sont soit presque totalement remboursé·e·s, soit partiellement remboursé·e·s avec une limite annuelle, ou alors obtiennent un remboursement mais après un long délai d'attente et une demande faite par un·e endocrinologue. Pour la torsoplastie, beaucoup mettent en évidence l'absence de remboursement ou un remboursement mais très insuffisant. Le prix étant d'environ 3000 euros. Pour l'augmentation mammaire, elle est en grande partie remboursée, si les personnes concernées acceptent de passer le filtre de la psychiatrisation. Certain·e·s répondant·e·s citent la chirurgie de féminisation faciale mais qui est non remboursée et très chère (plusieurs dizaines de milliers d'euros). Pour des opérations génitales comme la phalloplastie, qui est partiellement remboursée, les répondant·e·s soulignent des très longs délais d'attente avec des conditions d'accès restrictives.

La logopédie est partiellement remboursée après accord de la mutuelle, pour un nombre de séance limité. Toutefois, certain·e·s répondant·e·s sont dans l'attente d'une réponse de leur mutuelle, avec parfois un long délai d'attente. Certain·e·s disent avoir obtenu le remboursement via une demande introduite par un·e médecin spécialiste ORL mentionnant un autre trouble.

Concernant l'épilation, tout·e·s ceux/celles qui en ont bénéficié notent l'absence de remboursement, malgré que ce soin constitue un prérequis avant certaines opérations. Sachant qu'une séance de laser coûte environ 100 euros et qu'il faut en moyenne entre 15 et 20 séances au total. L'épilation représente un budget conséquent.

Ces résultats démontrent que si une personne transgenre est désireuse d'entreprendre des démarches pour faire correspondre son apparence physique avec le·s genre·s au(x)quel·s elle s'identifie, elle devra faire face à des coûts importants, selon le type de soin.

A titre d'exemple, voici l'enquête faite par l'IEFH en 2017 au sujet des remboursements par l'assurance ainsi que les frais à charges des participant·e·s (21).

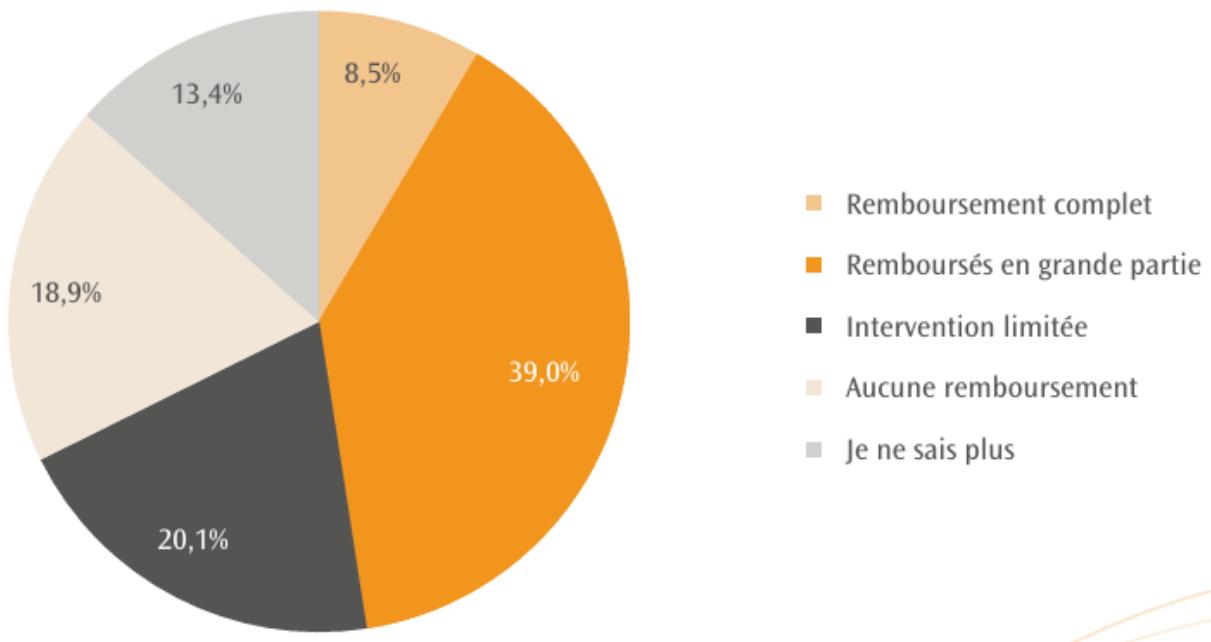


Figure 13. Remboursement des soins de santé transspécifiques par l'assurance hospitalisation

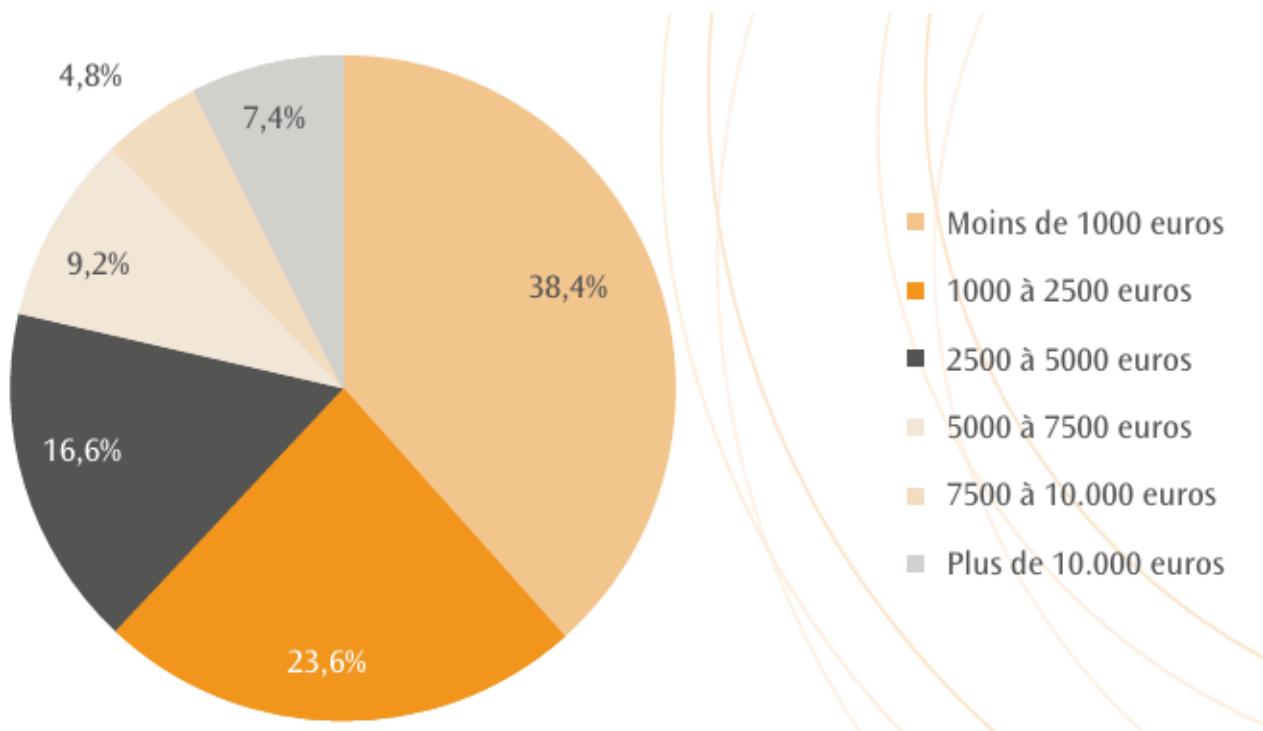


Figure 14. Contribution personnelle aux frais des soins de santé transspécifiques

Ces chiffres qui révèlent le manque ou l'insuffisance de prise en charge pour les soins de transition sont étonnantes, au vu des normes établies par la Cour Européenne des Droits de l'Homme concernant l'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes transgenres.

D'après l'enquête Transgender EuroStudy sur les soins de santé dans l'union européenne, on nous montre un refus de l'Etat de prendre en charge les traitements hormonaux et les opérations transspécifiques pour respectivement 80 et 86% des cas. Par conséquent, plus de la moitié des personnes transgenres payent intégralement leurs frais de soins de santé transspécifiques. Ceci est contraire aux normes établies par la cour Européenne garantissant, par les Etats membres, un accès aux traitements médicaux nécessaires (22).

Avec la Loi belge anti-discrimination de 2007, les personnes concernées sont invitées à signaler auprès de l'IEFH (compétent juridiquement) si elles subissent de la discrimination. En guise d'exemple, l'IEFH accompagné une femme transgenre à saisir le tribunal du travail pour discrimination de la part de l'assureur qui avait refusé de couvrir les frais médicaux en lien avec sa transition. L'assureur a été condamné, a dû verser des dommages et intérêts et financer les frais médicaux (23).

Un autre enjeu important concerne le « sexe enregistré » sur la carte d'identité. D'après les données de mon enquête, environ 10% des répondant·e·s affirment que le « sexe enregistré » inscrit sur leur carte d'identité a influencé le remboursement de leurs soins. Certain·e·s donnent comme exemple le remboursement de l'orchidectomie conditionné par la présence du M sur la carte d'identité des femmes transgenres (donc, de sexe mâle), ou le remboursement de la mammographie conditionné par la présence du F sur la carte d'identité des hommes transgenres (donc, de sexe femelle). Toutefois, on peut supposer que la proportion est plus importante, étant donné que près de 40% des répondant·e·s ignorent s'il y a eu un lien. A cause de cette influence, il semblerait que des individus décident de ne pas faire ce changement sur leur carte d'identité, pour des raisons financières.

### c) Soins de santé sexospécifiques et leurs remboursements

A cela s'ajoutent les problèmes de remboursement des soins sexo-spécifiques. Dans mon enquête, il est difficile d'interpréter les résultats, à cause de l'incohérence dans les chiffres recueillis. En effet, j'ai cherché à savoir combien de participant·e·s avaient reçu un dépistage pour le cancer du col de l'utérus ou pour la prostate, et à ceux/celles qui ont répondu oui, j'ai ensuite demandé s'ils avaient obtenu le remboursement. Mais dans les réponses, pour 19 individus ayant obtenu un

frottis de dépistage pour le cancer du col de l'utérus, 18 personnes ont répondu qu'elles avaient eu le remboursement mais 5 personnes ont répondu non. En faisant la somme de 18 et 5, nous n'obtenons pas le nombre total des répondant·e·s, à savoir 19. Même constat chez les individus ayant reçu un dépistage pour le cancer de la prostate.

Les soins sexo-spécifiques constituent une énorme partie des difficultés d'accès aux soins de santé car ils ne sont pas remboursés si la personne a changé son « sexe enregistré ». Le problème est la rédaction des nomenclatures par l'INAMI car les textes sont encore genrés. Même si des changements ont été opérés au niveau des codes pharmaceutiques en modifiant « le ou la patient·e » par « le ou la bénéficiaire », ce n'est pas encore le cas pour la gynéco-obstétrique et les soins urologiques (24). Actuellement, certaines mutuelles se forment aux transidentités, grâce notamment aux interventions des ASBL telles que Genres Pluriels. Si la personne concernée a rencontré un refus pour la couverture de son soin de santé sexo-spécifique (à cause du changement de son état civil) et qu'elle a fait une démarche auprès de sa mutuelle, cette dernière peut assurer le remboursement de ce soin en débloquant manuellement le blocage automatique du remboursement par les logiciels des mutuelles qui accordent le remboursement uniquement si le « sexe enregistré » prévu pour ce soin est bien celui rencontré dans le fichier patient·e. En pratique, cela demande donc à la personne transgenre ou à sa/son médecin de contacter la mutuelle après le refus automatique du remboursement pour expliquer à l'employé·e ad hoc que le/la patient·e est transgenre et que donc malgré son « sexe enregistré » (ex : F), il y a bien présence de l'organe (ex : prostate). Ces démarches énergivores et nécessitant un *outing* (à savoir la révélation d'un élément de la vie privée d'une personne) ne sont que très rarement entamées (24).

En parallèle, le refus de prise en charge de ces soins peut aussi être en lien avec certains médecins ayant des pratiques non EBM (Evidence-Based Medicine) et qui ne respectent pas les règles générales de remboursement (par exemple, le frottis du col se fait à partir de 25 ans, à répéter tous les 3 ans jusqu'à 29 ans, puis tous les 5 ans jusqu'à 64 ans, puis tous les 10 ans) (25).

#### d) Obstacles à l'accès aux soins de santé

A ce stade du travail, on peut déjà se rendre compte des nombreux défis auxquels sont confrontées les personnes transgenres. Les difficultés d'accès aux soins de cette population renforcent leur vulnérabilité, creusant un fossé avec les personnes cisgenres. Dans mon étude, près de la moitié des répondant·e·s évaluent ce « fossé » comme étant élevé. Cela reflète une prise de conscience collective significative des inégalités d'accès aux soins. Une des principales problématiques dans

cet accès aux soins concerne les remboursements et pour parvenir à en obtenir, quand c'est possible, les personnes concernées peuvent se heurter à divers obstacles. Sur base des résultats récoltés, les barrières sont multiples et cumulatives.

D'après mes résultats, près de 60% des répondant·e·s mettent en cause une couverture insuffisante par l'assurance santé. Comme expliqué plus haut, cela résulte notamment de la nomenclature genrée, de l'absence de codes de nomenclature transspécifiques. Certains soins comme l'épilation et la chirurgie des cordes vocales sont considérés comme esthétiques du point de vue de la norme cisgenre et donc ne sont pas remboursés à hauteur du besoin de la personne transgenre pour son équilibre psychologique.

Près de 40% des répondant·e·s sont contraints de choisir un·e praticien·ne en particulier, pour pouvoir bénéficier d'un remboursement. Ces résultats soulignent l'absence de liberté de choix par ces personnes et interrogent sur le respect des droits fondamentaux. Ceci montre bien que le système de remboursement ne garantit pas une prise en charge équitable pour tou·te·s et ajoute des barrières administratives et géographiques.

Pour apporter une solution aux failles de ce système, l'INAMI a créé des conventions de genre avec des centres appelés 'équipes de genre' dont les 2 principaux se trouvent à Gand et à Liège.(11, 26). Bien que ces conventions offrent un meilleur remboursement pour quelques soins, elles ne couvrent pas la totalité des prestations et pour certaines prestations, l'application est laissée au libre arbitre du/de la praticien·ne. Cela laisse donc le monopole à ces quelques spécialistes, créant une limitation dans l'accès aux soins. A cela s'ajoute la condition de psychiatrisation demandée par ces conventions (voir annexe 8 pour les conventions conclues entre l'INAMI et les équipes de genre).

Le diagnostic psychiatrique comme condition pour bénéficier d'un remboursement de certains soins transspécifiques se fait aussi en dehors des équipes conventionnées. Pour près de 30% des répondant·e·s, ce pré-requis a constitué un obstacle dans leur démarche, limitant davantage l'accès aux soins. Cette condition révèle la persistance d'un modèle médical pathologisant et elle contribue à une forme de discrimination institutionnelle.

Comme autre frein, 38% des répondant·e·s indiquent la complexité administrative. Un d'eux rapporte qu'il n'a pas eu droit au remboursement de logopédie car il n'avait pas rentré les documents à temps et ce, à cause des échéances trop courtes et des délais chez le spécialiste (qui remplit ces documents) trop longs. Outre tous les formulaires et demandes spéciales requis dans la démarche administrative, la notification du changement, ou pas, de l'état civil auprès des **7.76.2xx.xx**

mutuelles constitue un défi supplémentaire. Ces obstacles administratives majeurs constituent une barrière à l'effectivité des droits en matière de santé et alertent sur la nécessité de simplifier les procédures administratives, dans le but de garantir un parcours de soin plus accessible.

Un autre obstacle concerne le manque de professionnel·le·s de la santé formé·e·s aux besoins des personnes transgenres. Ceci entrave l'accès aux soins car cette population ne reçoit pas l'information dont elle a besoin ou la reçoit de façon erronée. L'enquête réalisée par l'IEFH révèle des conclusions comparables. D'une part, parmi les personnes qui ont cherché de l'aide, 56,8% ont rapporté que leur médecin généraliste leur avait fourni des informations utiles. D'autre part, 35,1% avaient un·e médecin ouvert·e à leur apporter leur aide mais qui ne disposait pas d'informations. (27).

Tableau 12 : Expériences vécues avec des professionnel·le·s de la santé au cours des deux dernières années

	Médecin de famille		Psychologue ou psychiatre ou autre assistant psychosocial, pas spécifiquement actif dans le domaine des soins aux transgenres	Psychologue ou psychiatre ou autre assistant psychosocial, avec expérience dans le domaine des soins aux transgenres		
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
M'a fourni des informations et a été utile	42	56,8	43	55,1	120	96,0
Souhaitait aider, mais n'avait pas d'informations	26	35,1	30	38,5	1	0,8
Ne semblait pas prêt·e à m'apporter son aide	5	6,8	4	5,1	4	3,2
A refusé de m'aider	1	1,4	1	1,3	0	0
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Concernant plus précisément l'aide relative aux démarches administratives, mon étude révèle une répartition quasi égale entre les répondant·e·s qui ont reçu une participation minimale de leur médecin de famille et ceux qui n'en ont reçu aucune. Cela soulève des questions quant au rôle et à la formation du/de la médecin généraliste, qui devrait représenter un soutien essentiel, mais se révélant ici comme l'élément oublié du parcours des soins de transition. Ces résultats dénoncent 7.76.2xx.xx

une disparité d'accès à l'aide pouvant être expliquée par l'état des connaissances du/de la médecin, son engagement à la cause, ses ressources. Les médecins généralistes, étant les professionnel·le·s de 1<sup>ère</sup> ligne, ils ont un rôle à jouer en matière d'accès aux soins, comme suggéré par le « General Medical Council » en Angleterre (28). Leur formation constitue un axe d'amélioration pour assurer un accès équitable aux soins. D'ailleurs, le Conseil de l'Europe encourage les Etats à : « *dispenser des informations et une formation aux professionnels de l'éducation, aux responsables de l'application des lois et aux professionnels de santé, y compris aux psychologues, psychiatres et médecins généralistes, sur les droits et les besoins spécifiques des personnes transgenres, en insistant tout particulièrement sur la nécessité de respecter leur vie privée et leur dignité* » (29).

## 4.2 Forces et faiblesses

### 4.2.1 Forces de l'étude

Choisir de traiter les remboursements des soins de santé liés à la transition de genre·e est assez original car, à ma connaissance ainsi qu'à celle de ma promotrice, aucun·e autre assistant·e en médecine générale ne l'a déjà étudié antérieurement. La méthodologie quantitative me semble être pertinente pour mon étude car cela permet de se rendre compte concrètement, avec des données mesurables, des difficultés que rencontrent les personnes transgenres pour pouvoir bénéficier de leurs soins de transition. L'objectif d'avoir un échantillon avec un minimum de 100 répondant·e·s a été atteint et cela renforce bien la pertinence de ce sujet. Un tel échantillon nous montre que la thématique concerne un large public et qu'il existe des enjeux véritables.

### 4.2.2 Faiblesses de l'étude

Une des faiblesses de mon étude est l'absence d'analyses statistiques de mes variables. Mon interprétation des résultats de mes données ne garantit pas leurs validités, et la conclusion faite ne permet pas de l'extrapoler à une population plus large. Bien que des tendances ont pu se révéler, il n'est pas vérifié qu'elles ne soient pas dûes au hasard. J'ai réalisé quelques analyses avec des moyennes et des fréquences, bien que dans mon étude, il n'y a pas vraiment d'utilité dans l'interprétation des moyennes au vu des données qualitatives. Par ailleurs, il aurait été intéressant d'objectiver ce qui influence les remboursements des soins (par exemple, le type d'assurance ou la zone géographique) et d'établir des liens entre les diverses variables.

En ce qui concerne les participant·e·s, ceux/celles-ci ont été recruté·e·s essentiellement via l'ASBL Genres Pluriels et ses réseaux sociaux, rendant difficile la généralisation et causant un 7.76.2xx.xx

biais de sélection. Le recrutement ayant été fait sur base volontaire, nous pouvons supposer que les personnes qui ont rencontré un problème de remboursement et/ou qui ont été informées d'un refus, ont eu plus tendance à vouloir participer à l'enquête. En effet, mon étude servant à mettre en évidence les problèmes des remboursements, les personnes ayant obtenu leurs remboursements pourraient ne pas penser à y répondre. En outre, certains individus ne prêtent pas attention aux remboursements, pensant que cela se fait automatiquement via leur mutuelle.

Au sujet de l'échantillon, il y a une sous-représentation des adultes âgé·e·s de plus de 40 ans ainsi que des adultes habitants hors de Bruxelles-Capitale. Mon critère d'exclusion des personnes résidant en région néerlandophone est limitant et ne permet pas de savoir si cette région-là influence le taux de remboursement. Bien que j'ai tout de même choisi d'inclure toutes les provinces de Belgique dans mon questionnaire, seulement 3 personnes habitent soit dans le Brabant-Flamand, soit à Anvers, soit en Flandre-Orientale et donc ne sont pas représentatives.

#### 4.3 Implications en terme de santé individuelle et/ou collective

Au vu de l'augmentation du nombre de personnes qui décident de faire leur transition de manière sociale et/ou médicale et/ou juridique, il est très probable que nous rencontrions au moins une fois une personne transgenre dans notre pratique. La médecine générale étant une médecine de première ligne, il est donc attendu que nous soyons confronté·e·s à des demandes relatives aux soins liés à la transition, des questions et conseils en rapport avec les traitements transspécifiques ou sexo-spécifiques, voire à effectuer des démarches administratives auprès des assurances ou mutuelles.

Bien qu'il existe des services psycho-médicaux-sociaux sensibilisés et formés aux transidentités, ainsi qu'un panel de professionnel·le·s qui accueillent des personnes transgenres, je pense que tout·e médecin généraliste devrait être informé·e sur les questions de transidentités. Il est nécessaire qu'iel soit formé·e au minimum à l'accueil de ces personnes et ensuite, à la prise en charge au niveau de la santé et de l'administration.

On remarque que cette population est particulièrement vulnérable notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. Celle-ci subit des discriminations, du rejet dans différents domaines de la vie (travail, famille, santé,...) (22).

Garantir un accès équitable aux soins de santé pour les personnes transgenres peut avoir un impact direct sur leur bien-être physique et mental. On peut imaginer qu'avoir le sentiment de se sentir

aux prises avec une corporalité qui ne correspond pas forcément à son identité de genre·s (aux yeux de la société, du moins) peut être une source de souffrance psychologique. Ces personnes sont d'ailleurs plus sujettes à développer de la solitude, de la dépression. D'après une enquête de Mathy, il est démontré que les hommes et femmes transgenres ont plus de risques d'avoir des idées suicidaires et font plus de tentatives de suicides (30). Il est donc important que le/la médecin généraliste puisse être sensibilisé·e et formé·e aux questions de transidentités, afin que ces personnes se sentent moins exclues, qu'elles puissent avoir des professionnel·le·s de la santé apte à répondre à leurs besoins et diminuer les occurrences d'expériences négatives que les personnes transgenres peuvent rencontrer avec leurs médecins.

De plus, une mauvaise expérience avec un·e professionnel·le de la santé ou un accès non satisfaisant (par exemple, coût des traitements hormonaux, délai d'attente) peut pousser les personnes concernées à se diriger vers le marché noir. Cet exemple illustre bien l'importance de pouvoir renseigner au public cible les informations nécessaires (noms des traitements, leurs dosages, leurs effets secondaires), afin d'éviter l'automédication via l'internet.

#### 4.4 Perspectives

Au vu du nombre de personnes transgenres en Belgique, il est fort probable que le/la médecin généraliste soit confronté·e à devoir répondre aux besoins de cette patientèle. C'est pourquoi, la thématique des transidentités devrait être inclue dans le cursus académique et les formations médicales continues. Former les professionnel·le·s de la santé de 1<sup>ère</sup> ligne mais aussi les informer au travers d'un guide qui reprendrait toutes les modalités des remboursements.

Dans le but de faire de cette recherche un outil concret pour la pratique, mon étude pourra servir de support pour les médecins généralistes qui seraient confrontés à des questions traitant des remboursements de soins de santé liés à la transition de genre·s. Afin de le rendre accessible aux professionnel·le·s de la santé, j'envisage de publier mon travail sur le site de l'ASBL Genres Pluriels et de le diffuser dans plusieurs GLEM (Groupes Locaux d'Evaluation Médical). Je prévois également d'organiser des séances de sensibilisations aux transidentités, au sein de la maison médicale où je pratique. Dans une approche de santé communautaire, ces actions destinées à l'équipe soignante auront pour but de favoriser un accompagnement respectueux et inclusif. A noter que Genres Pluriels propose déjà des ateliers de sensibilisations aux transidentités ainsi que des formations professionnelles sur cette thématique. Cette ASBL dispense des cours pour les étudiant·e·s en Master de spécialisation en médecine générale, à l'ULB et à l'UCL. Les sessions

d'ateliers qui sont planifiées sont présentes sur leur site internet, et il est possible d'en demander pour des groupes plus restreints.

A l'attention des instances décisionnelles, un cadre clair et standardisé devrait être mis en place, afin d'éviter des décisions arbitraires ainsi que des inégalités dans l'accès aux soins. Une augmentation des soins nécessaires à la transition devrait être intégrée à la prise en charge par les mutuelles, et sans condition d'attestation psychiatrique. Le remboursement d'un soin devrait être assuré selon la présence de l'organe de la personne et non selon le « sexe enregistré » sur sa carte d'identité. L'octroi des subsides aux ASBL devrait être augmenté pour que ces derniers puissent continuer d'accueillir la population transgenre et à leur fournir toutes les informations nécessaires pour un choix libre et éclairé, en plus de former les autres professionnel·le·s – dont les médecins – en vue des suivis conjoints pluridisciplinaires.

Des recherches futures devraient continuer à examiner le cadre des remboursements et son implication sur l'accès aux soins de santé. Il serait intéressant d'utiliser une analyse statistique pour objectiver la présence d'une corrélation entre certaines variables comme par exemple entre le genre et le type de soin (est-ce qu'une femme transgenre reçoit plus souvent des soins logopédiques ?), ou entre la participation du/ de la médecin généraliste et l'obtention d'un remboursement (est-ce que les personnes qui ont reçu une participation active de leur médecin ont obtenu un plus haut taux de remboursement ?).

## 5. Conclusion

Au terme de ce travail, j'ai pu me rendre compte des problèmes que rencontrent les personnes transgenres dans l'accès à leurs soins de santé. Pour répondre à ma question de recherche, je dirais que les défis auxquels cette population est confrontée concernent en grande partie les questions de remboursements.

L'absence de cadre général spécifique pour ces remboursements entraîne une hétérogénéité des pratiques, au niveau des mutuelles et des prestataires de la santé. Cela affecte l'accès aux soins, la transition des personnes concernées ainsi que leur santé mentale et/ou physique. Les personnes transgenres doivent composer avec toutes ces règles et réglementations qui rendent l'accès aux soins très difficile, rajoutant un défi administratif supplémentaire. Cette complexité réglementaire engendre du stress, des délais d'attente et le non remboursement des soins dont elles ont besoin.

Comme démontré dans cette étude, cette population est confrontée à divers obstacles dans l'accessibilité aux soins. Tout d'abord, bien que toutes les personnes transgenres ne souhaitent pas transitionner de manière médicale, celles qui le désirent devraient avoir accès aux différentes options. En effet, concernant les traitements hormonaux transspécifiques, il existe une disponibilité de plusieurs molécules sur le territoire belge mais la nomenclature ne reprend pas ces indications. Concernant les chirurgies transspécifiques, la majorité sont soumises à des conditions médicales pour le remboursement uniquement possible dans les équipes de genres et d'autres, génitales (vaginoplastie, phalloplastie, métaïdoplastie), sont remboursées uniquement via les équipes de genre. Recourir à ces équipes conventionnées, dont les délais d'attente sont souvent très longs, implique que la personne se soumette à un diagnostic psychiatrique et qu'elle ne puisse pas prétendre à son droit de pouvoir choisir son/sa médecin. A cela s'ajoute les soins considérés comme esthétiques (épilation, chirurgie faciale) dont le remboursement n'est pas prévu. Dès lors, nous comprenons que cela laisse une somme conséquente à la charge des patient·e·s.

Au vu du nombre croissant de personnes transgenres qui sortent du placard, ce travail souligne l'importance de former les médecins généralistes, afin de limiter les risques de non recours par manque d'information des prestataires. Saisir les enjeux des soins de transition et comprendre les inquiétudes des personnes concernées permettraient de réduire leur détresse et apporterait des précisions sur les questions relatives aux transidentités.

## 6. Bibliographie

1. Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E. et al.(2015). Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav.* 44(5),1281-1287.  
DOI : [10.1007/s10508-014-0452-6](https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6)
2. Motmans, J., Otmans, J., Wyverkens, E. et Defreyne, J. (2018). *Etre une personne transgenre en Belgique-Dix ans plus tard*. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. p 84. [Être une personne transgenre en Belgique - Dix ans plus tard | Institut pour l'égalité des femmes et des hommes](https://www.igfm.be/fr/documentation/etre-transgenre-en-belgique-dix-ans-plus-tard)
3. Dufrasne, A., Luchtiviste, L., Nisol, M. et Werler, A.(2019). *Brochure d'information Trans\* de GPs*. Genres Pluriels ASBL. <https://www.genrespluriels.be/Brochure-d-information-Trans-de-GPs>
4. Motmans, J., de Biolley, I. et Debunne, S. (2009). *Être transgenre en Belgique*. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. p59. <https://www.igfm.be/fr/documentation/etre-transgenre-en-belgique>
5. (2025). *La Convention européenne des droits de l'homme*. Conseil de l'Europe. <https://coer.int/fr/web/compass/the-european-convention-on-human-rights-and-its-protocols>
6. Loi du 25 juin 2017. M.B., 10 juin 2017
7. Constitution belge. [http://senate.be/doc/const\\_fr.html](http://senate.be/doc/const_fr.html)
8. Code pénal belge. [https://www.ejustice.just.fgov.be/img\\_1/pdf/1867/06/08/1867060850\\_F.pdf](https://www.ejustice.just.fgov.be/img_1/pdf/1867/06/08/1867060850_F.pdf)
9. Loi du 22 aout 2002 relative aux droits du patient. MB, 26 septembre 2002
10. Article 1, 21° de l'Arrêté royal du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. M.B.15 mars 2018.  
[https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-01-fevrier-2018\\_n2018010896.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-01-fevrier-2018_n2018010896.html)
11. (2025). *Aperçu du parcours de soin pour les adultes*. Transgenderinfopunt. <https://www.transgenderinfo.be/nl>
12. Dufrasne, A. et Vico,P. (2020). Les patient·e·s transgenres : une actualité et une réalité méconnues. *Revue médicale de Bruxelles*, 41(6), p 464-469.  
<https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/rmb-1674.pdf>
13. S, R. (2023,13 juillet). Transidentité : à Bruxelles, 294 personnes ont adapté leur sexe sur leur carte d'identité depuis 1993. *Médias de Bruxelles*.

- <https://bx1.be/categories/news/transidentite-a-bruxelles-294-personnes-ont-adapte-leur-sexe-sur-leur-carte-didentite-depuis-1993/?theme=classic#:~:text=Sur%20l'ensemble%20du%20pays,effectu%C3%A9%20cette%20d%C3%A9marche%20depuis%201993.>
14. Delcor, F. (2018). Guide d'accompagnement pour l'inclusion des personnes transgenres. ARES. [https://www.ares-ac.be/images/publications/guides/ARES-DEC-Guide-Trans-web-2018-05.pdf?fbclid=IwY2xjawJfTgVleHRuA2FlbQIxMAABHigG7BlzYL5KbOo\\_1jiSFSEi\\_ImTdlrndyT9cm3Y5TewhD61HniEE30c3Qnj\\_aem\\_FzO-emIvijajazXUYjOOpw](https://www.ares-ac.be/images/publications/guides/ARES-DEC-Guide-Trans-web-2018-05.pdf?fbclid=IwY2xjawJfTgVleHRuA2FlbQIxMAABHigG7BlzYL5KbOo_1jiSFSEi_ImTdlrndyT9cm3Y5TewhD61HniEE30c3Qnj_aem_FzO-emIvijajazXUYjOOpw)
15. Van Hove, H. (2023). *Personnes transgenres ayant fait une demande de changement de la mention officielle de leur sexe en Belgique*. Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes. [https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/chiffres\\_trans\\_registre\\_national\\_2023\\_fr.pdf](https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/chiffres_trans_registre_national_2023_fr.pdf)
16. Woestyn, M. (2023). *Discriminations dues à la transidentité dans la relation de travail en Belgique*. [Mémoire de maîtrise, Université Libre de Bruxelles]. <https://www.genrespluriels.be/Memoire-Discriminations-dues-a-la-transidentite-dans-la-relation-de-travail-en>
17. Nazon, V et Cramers, K. (2021). Personnes transgenres sur le lieu de travail en Belgique en 2021. StepStone. <https://www.genrespluriels.be/Communique-de-Presse-StepStone-be-Personnes-transgenres-sur-le-lieu-de-travail>
18. Motmans, J., de Biolley, I. et Debuinne, S. (2009). *Être transgenre en Belgique*. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. p 70. <https://igvm-iefh.belgium.be/fr/documentation/etre-transgenre-en-belgique>
19. Tangpricha, V., Safer, J. et al. (2023). *Femmes transgenres : évaluation et prise en charge*. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?fbclid=IwY2xjawJfUgJleHRuA2FlbQIxMAABHknoVMmU4Y23nwmyFCzVkgM8onYqWkvER3xyDxzwwKENNRGwHGsiFWbx1g\\_aem\\_6d6yUsmDTu5Jsm8vC4poRQ#:~:text=The%20evaluation%20and%20management%20of%20transgender%20women%20are,ad%20adolescents%2C%20and%20gender-affirming%20surgery%20are%20reviewed%20separately](https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?fbclid=IwY2xjawJfUgJleHRuA2FlbQIxMAABHknoVMmU4Y23nwmyFCzVkgM8onYqWkvER3xyDxzwwKENNRGwHGsiFWbx1g_aem_6d6yUsmDTu5Jsm8vC4poRQ#:~:text=The%20evaluation%20and%20management%20of%20transgender%20women%20are,ad%20adolescents%2C%20and%20gender-affirming%20surgery%20are%20reviewed%20separately)
20. Johnson, N. et Chabbert-Buffet, N. (2022). Hormonothérapies de transition chez les personnes transgenres. *Revue M/S*, 38(11), p905-912. <https://doi.org/10.1051/medsci/2022151>

21. Motmans, J., Otmans, J., Wyverkens, E. et Defreyne, J. (2018). *Etre une personne transgenre en Belgique-Dix ans plus tard*. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. p 82. [Être une personne transgenre en Belgique - Dix ans plus tard | Institut pour l'égalité des femmes et des hommes](https://etreunepersonne.be/etreunepersonne/transgenre/belgique-dix-ans-plus-tard)
22. Hammargerg, T. (2009). *Droits de l'homme et identité de genre*. ACTHE. <https://acthe.fr/documentation/32-hammarberg-droit-de-l-homme-et-identite-de-genre.html>
23. Loret-Vanderlinden, C. (2018). *Les personnes transgenres ne peuvent être discriminées en matière d'assurances*. Newsbelgium. [https://news.belgium.be/fr/les-personnes-transgenres-ne-peuvent-etre-discriminees-en-matiere-dassurances?fbclid=IwY2xjawJfWMdleHRuA2FlbQIxMAABHsk-CAkHD6w9jEPsKZtXBtauym0t3oFSNvEoAiTug8n111VDHwBpHyVu4Go\\_aem\\_E7zvH6agVZ3orS8wsJGjxQ](https://news.belgium.be/fr/les-personnes-transgenres-ne-peuvent-etre-discriminees-en-matiere-dassurances?fbclid=IwY2xjawJfWMdleHRuA2FlbQIxMAABHsk-CAkHD6w9jEPsKZtXBtauym0t3oFSNvEoAiTug8n111VDHwBpHyVu4Go_aem_E7zvH6agVZ3orS8wsJGjxQ)
24. Plot, J. (2024). *Compte-rendu de la conférence “A quels remboursements des soins de santé ont droit les personnes transgenres en Belgique en 2024”*. Genres Pluriels ASBL. <https://www.genrespluriels.be/Compte-rendu-de-la-conference-A-quels-remboursements-des-soins-de-sante-ont>
25. Meeus, P., Dalcq, V., Beauport, B. et al. (2023). *Dosage du P.S.A (Hommes de 40 ans et plus) – Population à risque*. INAMI. [https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Dosage\\_du\\_Hommes\\_40\\_et\\_plus\\_Population\\_a\\_risque\\_2023.pdf](https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Dosage_du_Hommes_40_et_plus_Population_a_risque_2023.pdf)
26. Cabo, E. *Transidentité : notre intervention dans le coût d'un accompagnement dans un centre spécialisé*. INAMI. [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-dans-des-centres-specialises/transidentite-notre-intervention-dans-le-cout-d-un-accompagnement-dans-un-centre-specialise?fbclid=IwY2xjawJfW351eHRuA2FlbQIxMAABHsk-CAkHD6w9jEPsKZtXBtauym0t3oFSNvEoAiTug8n111VDHwBpHyVu4Go\\_aem\\_E7zvH6agVZ3orS8wsJGjxQ](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-dans-des-centres-specialises/transidentite-notre-intervention-dans-le-cout-d-un-accompagnement-dans-un-centre-specialise?fbclid=IwY2xjawJfW351eHRuA2FlbQIxMAABHsk-CAkHD6w9jEPsKZtXBtauym0t3oFSNvEoAiTug8n111VDHwBpHyVu4Go_aem_E7zvH6agVZ3orS8wsJGjxQ)
27. Motmans, J., Otmans, J., Wyverkens, E. et Defreyne, J. (2018). *Etre une personne transgenre en Belgique - Dix ans plus tard*. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. p 59. [Être une personne transgenre en Belgique - Dix ans plus tard | Institut pour l'égalité des femmes et des hommes](https://etreunepersonne.be/etreunepersonne/transgenre/belgique-dix-ans-plus-tard)

28. Joseph, A., Cliffe, C., Hillyard, M. et Majeed, A. (2017). Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. *J R Soc. Med.* 110(4), p144-52. doi: 10.1177/0141076817696054
29. Résolution 2048 point 6.4.2 du Conseil de l'Europe
30. Mathy, R.M. (2002). Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample : sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors. Social exclusion of young lesbian, gay, bisexual and transgender (lgbt) people in Europe. *Journal of psychology & human sexuality* 14, p 47-65.

## 7. Annexes

## Annexe 1 : Formulaire spécifique de remboursement pour le Sustanon

## Annexe A:

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité à base du principe actif testostérone (§ 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 1.02.2018)

**I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):**

Je, soussigné, médecin spécialiste en

- endocrinologie,
  - urologie
  - pédiatrie

déclare que le bénéficiaire ci-dessus remplit toutes les conditions du § 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 1.2.2018 pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base du principe actif testostérone:

II – 1ère demande (maximum 12 mois):

En effet, le bénéficiaire se trouve dans la situation suivante:

- Antécédent de gonadectomy bilatérale effectuée le 11/01/2010 (jj/mm/aaaa)

011

- Pathologie hypothalamo-hypophysaire ou gonadique avérée et documentée, acquise ou congénitale, avec présence de déficience en testostérone démontrée par deux dosages de testostérone totale et/ou libre, exécutés le matin, à un intervalle d'au moins 15 jours, objectivé par un dosage sanguin inférieur à la norme de laboratoire pour la testostérone totale et/ou libre. Je joins en annexe les protocoles de laboratoire de ces deux dosages.

ou

- Li Dans le cadre de la dysphorie de genre pour laquelle un traitement hormonal est démarré chez le bénéficiaire et pour lequel il reçoit un suivi thérapeutique par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en urologie et qui tient à disposition du médecin conseil le rapport médical.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de maximum 26 conditionnements de 1 ampoule de la spécialité à base du principe actif testostérone pour une première période de 12 mois.

### III – Prolongations (maximum 60 mois):

En effet, le bénéficiaire a déjà reçu une autorisation pour un traitement remboursé d'au moins 12 mois sur base des conditions du § 6260000 du chapitre IV de l'A.R. du 1.02.2018, les indications sont inchangées et le traitement s'est avéré efficace.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de maximum 130 conditionnements de 1 ampoule de la spécialité à base du principe actif testostérone pour une période de 60 mois

**IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):**

\_\_\_\_\_ (nom)

(prénom)

1 -        -        -        (nº INAMI)

1000

(cachet)

.....

(signature du médecin)

Version valable à partir du 01.05.2023

## Annexe 2 : Formulaire non spécifique pour le remboursement de l'Androcur

**a') Modèle de formulaire de demande de remboursement « non-spécifique » (\*) visé à l'article 110, alinéa 11**

(\*) Formulaire de demande de remboursement utilisable pour introduire une demande de remboursement pour une spécialité dont les conditions de remboursement fixées au chapitre IV ou au chapitre VIII n'imposent pas un formulaire de demande spécifique, pour autant que l'autorisation de remboursement prévue soit un document dont le modèle est arrêté sous « b » ou « d » de l'annexe III de la liste.

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°-NISS) :**

oo

## **II – Eléments à attester par le médecin traitant :**

Je soussigné, médecin, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité  
\_\_\_\_\_ (nom de la spécialité demandée)

telles que ces conditions figurent

au § 1111 11111 (\*\*\*) du chapitre 11111 (\*\*\*\*) de l'annexe I de l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018 :

- Il s'agit d'une première période d'autorisation;
  - Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée, y compris, le cas échéant, lorsque les conditions prévoient que la demande doit être rédigée par un médecin titulaire d'une qualification médicale particulière, une attestation d'un médecin possédant cette qualification, qui confirme que les conditions sont bien remplies chez le patient concerné.

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité pour la période prévue dans la réglementation du paragraphe mentionné ci-dessus.

**III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**



(CACHET)

.....(SIGNATURE du MEDECIN)

(\*) Le présent formulaire de demande de remboursement n'est utilisable que pour introduire une demande de remboursement pour une spécialité dont les conditions de remboursement fixées au chapitre IV n'imposent pas un formulaire de demande spécifique, et pour autant que l'autorisation de remboursement prévue soit un document dont le modèle est arrêté sous « b » ou « d » de l'annexe III de la liste.

(\*\*) Le texte du paragraphe concerné peut être joint en annexe avec le présent formulaire.

(\*\*\*) Spécifier le chapitre, c'est-à-dire chapitre IV (contrôle à priori) ou chapitre VIII (contrôle à priori pour les spécialités avec teste prédictif associé)

## Annexe 3 : Parcours de transition en Belgique

Les Parcours des Transitions en Belgique									
Étapes		Description							
I. Parcours en équipe de genre/ gender team			II. Parcours hors équipe (avec psychiatrisation)		III. Parcours libre (sans psychiatrisation)				
Changement de prénom et d'état civil selon la Loi « relative à la Transsexualité »									
		Avantages		Inconvénients		Avantages		Inconvénients	
1	Psychothérapie	Rencontre avec un psy avant et pendant le parcours		Attestation du psychiatre en vue du changement de prénom et de sexe civil		Pas le choix du psychiatre (ou psychothérapeute associé à un psychiatre)		Recherches à effectuer avant de trouver un psy délivrant des attestations	
		Psychiatre dans l'équipe, pas de recherches à effectuer		Pas d'accompagnement réel et obligation de tenir un discours stéréotypé en vue d'obtenir l'attestation		Selon les pays, discours plus ou moins normé		Pas d'étiquette « dysphorie de genre » = malade mentalE	
		Délai long (> 1 an)				Délai incertain (varie selon les pays)			
		Étiquette « dysphorie de genre » = malade mentalE				Étiquette « dysphorie de genre » = malade mentalE			
2	TH	Traitement hormonal en vue de la masculinisation ou féminisation de l'apparence physique		Endocrinologue dans l'équipe, pas de recherches à effectuer		Pas le choix du médecin		Choix du médecin (endocrinologue, généraliste, ...)	
		Après six mois de traitement, possibilité de changer de prénom avec l'attestation du psy et d'un endocrinologue		Doses et types d'hormones imposées (dont androcur ou anti-oestrogénies présentant un risque pour la santé)		Recherches à effectuer pour trouver un médecin		Recherches à effectuer pour trouver un médecin	
						Davantage de choix quant aux doses et types d'hormones			
				Après six mois de traitement, possibilité de changer de prénom avec l'attestation du psy et d'un endocrinologue					
3	Chirurgies	Stérilisation* obligatoire		Aucun		OUI obligatoire Suivent la Loi « relative à la transsexualité »		OUI obligatoire Suivent la Loi « relative à la transsexualité »	
		Torsoplastie Chirurgies faciales		- Remboursements en Belgique au cas par cas - Remboursements partiels si équipe choisie		- Obligatoire dans le parcours imposé - Pas le choix du chirurgien dans équipe pluridisciplinaire		- Remboursements en Belgique au cas par cas - Remboursements partiels si équipe choisie	
		Vaginoplastie, Phalloplastie, Metroidioplastie		- Remboursements en Belgique au cas par cas - Remboursements partiels si équipe choisie		- Obligatoire dans le parcours imposé - Pas le choix du chirurgien dans équipe pluridisciplinaire		- Obligatoire dans le parcours imposé - Choix du chirurgien	
						- Remboursements au cas par cas - Pas le choix du chirurgien dans équipe pluridisciplinaire		- Pas en Belgique > Thaïlande - Faut un papier d'un psy mais pas obligatoirement psychiatre	
REMARQUE : LA STÉRILISATION* est considérée comme acte de torture par les Nations Unies depuis le 01/02/2013. Voir : <a href="http://www.genrespluriels.be/SRS-requement-equals-torture.html">http://www.genrespluriels.be/SRS-requement-equals-torture.html</a>									

## Annexe 4 : Le questionnaire soumis aux participants

\*

### Consentez-vous à participer à cette étude ?

Cochez tout ce qui s'applique.

Oui

Non

\*

## Quel âge avez-vous ?

*Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.*

De 18 à 29 ans

De 30 à 39 ans

De 40 à 49 ans

De 50 à 59 ans

Autre

\*

## Quel est votre sexe assigné à la naissance

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Femelle
- Mâle
- Personne intersexuée
- Je ne souhaite pas répondre

\*

## Quel est votre identité de genre ?

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Femme
- Homme
- Personne non-binaire
- Je ne souhaite pas répondre



## Où habitez-vous ?

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Bruxelles-Capitale
- Brabant Wallon
- Brabant Flamand
- Hainaut
- Liège
- Luxembourg
- Namur
- Anvers
- Flandre-Occidentale
- Flandre-Orientale
- Limbourg

## Où se situent vos revenus ?

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Inférieurs à 15 000 euros par an**
- Entre 15 000 et 25 000 euros par an**
- Entre 25 000 et 40 000 euros par an**
- Entre 40 000 et 50 000 euros par an**
- Supérieurs à 50 000 euros par an**

\*

## Quel est votre statut social ?

*Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.*

Travailleur/euse

Etudiant·e

Sans emploi

Autre

↑

## Dans quel secteur travaillez-vous ?

*Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.*

Santé

Education

Finance

Commerce/vente

Services/hotellerie

Administration

Technologie/informatique

Ingénierie

[s://mascathy.limesurvey.net/727236](http://mascathy.limesurvey.net/727236)

04/2025 10:53

REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTE LIES AUX TRANSITIONS DE GENRE·S

•••

Je ne travaille pas

Autre

\*

## A quel·s type·s de soin·s de transition avez-vous eu recours ?

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Traitement hormonal féminisant

Traitement hormonal masculinisant

Torsoplastie (ablation des glandes mammaires et construction d'un torse d'allure masculin)

Augmentation mammaire

Chirurgie faciale

Chirurgie génitale

Epilation

Logopédie

[ps://mascathy.limesurvey.net/727236](http://mascathy.limesurvey.net/727236)

10/04/2025 10:54

REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTE LIES AUX TRANSITIONS DE GENRE·S

•••

Autre

\*

## Avez-vous obtenu des remboursements pour ces soins ?

*Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.*

Oui totalement ( précisez pour quel·s soin·s)

---

Oui partiellement (précisez pour quel·s soin·s)

---

Non

---

Je ne sais pas

---

## Avez-vous été aidé·e via une mutuelle/couverture santé

*Cochez tout ce qui s'applique.*

Couverture complète par l'assurance maladie

Couverture partielle par l'assurance maladie

Couverture complète par une assurance privée

Couverture partielle par une assurance privée

Aucune mutuelle/couverture santé

**Avez-vous bénéficié de soins gynécologiques tels qu'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?**

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Oui
- Non
- Non applicable

**Si oui à la question précédente, avez-vous eu le remboursement ?**

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Oui
- Non
- Non applicable

**Avez-vous eu des soins urologiques tel que le dépistage du cancer de la prostate ?**

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Oui
- Non
- Non applicable

## Si oui à la question précédente, avez-vous eu le remboursement ?

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Oui
- Non
- Non applicable

\*

**Le remboursement de ce·s soin·s a-t'il dépendu de votre numéro de registre national ? (ex : vous avez pu être remboursée d'un dépistage du cancer de la prostate uniquement car vous aviez un "M" et non un "F" sur votre carte d'identité)**

*Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.*

- Oui

- Non

- Je ne sais pas

## Comment évaluez-vous la différence dans l'accès aux soins de santé entre les personnes cisgenres (une personne dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance) et transgenres ?

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Faible
- Moyenne
- Elevée

## Quels obstacles avez-vous rencontré dans le remboursement de votre/vos soin·s de transition ?

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Complexité administrative
- Exigence de fournir un diagnostic psychiatrique (psychiatrisation) pour être remboursé·e
- Mutuelle / Couverture de santé insuffisante
- Obligation de choisir un·e praticien·ne plutôt qu'un·e autre pour être remboursé·e
- Autre

**Si vous avez répondu "autre" à la question précédente, veuillez préciser**

## A quel point votre médecin généraliste a-t-il participé au processus de remboursement du/des soin·s de santé lié·s à votre transition de genre·s ?

*Cochez tout ce qui s'applique.*

- Pas de participation
- Participation minimale (exemple : informations de base)
- Participation modérée (exemple : aide au remplissage de documents/formulaires)
- Participation active (exemple : conseils détaillés et/ou contact avec ma couverture santé / mutuelle)
- Non applicable

**Avez-vous des suggestions pour améliorer les politiques de remboursement des soins de santé pour les personnes transgenres ?**

### Annexe 5 : Affiche de recrutement pour mon étude

#### **Participez à une Étude sur les Remboursements des Soins de Transition de Genre !**

Êtes-vous une personne transgenre âgée de 18 ans ou plus ? Avez-vous des expériences avec les remboursements des soins de transition de genre ? Votre voix est essentielle pour aider à améliorer l'accès et les politiques de remboursement des soins de santé.

**Objectif de l'Étude :** Je cherche à comprendre les défis et les expériences des personnes transgenres concernant les remboursements des soins de transition de genre. Vos réponses nous aideront à identifier les obstacles et à formuler des recommandations pour améliorer les politiques de santé.

## Qui peut participer ?

- Toute personne transgenre âgée de 18 ans ou plus.
- Ayant eu des expériences avec les remboursements des soins de transition de genre (hormones, chirurgies, consultations médicales, etc.).
- Résidant en Belgique.

## Ce que la participation implique :

- Compléter un questionnaire en ligne d'environ 5 minutes.
- Vos réponses seront anonymes et confidentielles.

## Pourquoi participer ?

- Contribuez à une meilleure compréhension des besoins et des défis des personnes transgenres.
- Aidez à influencer les politiques de santé pour un meilleur accès aux soins.
- Participez à une recherche qui vise à améliorer la qualité de vie de la communauté transgenre.

**Comment participer :** Cliquez sur le lien suivant pour accéder au questionnaire en ligne :  
<https://mascathy.limesurvey.net/727236>

**Contact :** Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse mail [cathy.masengesho@student.uclouvain.be](mailto:cathy.masengesho@student.uclouvain.be) .

Merci de votre participation et de votre contribution précieuse à cette recherche importante !

**Confidentialité et Consentement :** Votre participation est entièrement volontaire. Toutes les informations que vous fournirez seront traitées de manière confidentielle et anonyme. Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment sans aucune conséquence.

**Veuillez partager cette annonce avec toute personne qui pourrait être intéressée.**  
**Merci de votre soutien !**

## Annexe 6 : Décision du GEIMG

---

### Décision du GEIMG

---

À partir de MGTFE Éthique <noreply@ccffmg.be>

Date Mar 21-05-24 19:06

À Cathy Masengesho <cathy.masengesho@student.uclouvain.be>

Vous ne recevez pas souvent de courriers de la part de noreply@ccffmg.be. [Découvrez pourquoi cela est important](#)

Bonjour,

Votre demande concernant le TFE **Remboursement de soins de santé liés à la transition de genre** pour l'année académique **2024-2025** a été examinée par le Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG).

Le GEIMG estime que, sur base des informations transmises, il est nécessaire de soumettre le projet de TFE au comité d'éthique de l'université dont vous dépendez.

Le pdf de votre demande introduit auprès du GEIMG reste disponible sur l'application MGTFE/éthique.

*Cordialement,*

Le secrétariat du GEIMG

## Annexe 7 : Accord du Comite d’Ethique Hospitalo-Facultaire

**Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire**

Bruxelles, ce 22 octobre 2024

*A l'investigateur responsable:*  
**Dr Cathy MASENGESHO**  
 Rue des Gottes 39  
 4287 Lincent

***AVIS FAVORABLE DEFINITIF***
**Concerne :** 2024/24JUL/320

**N° Protocole :** MACCS

**Acronyme :** n/a

**Intitulé :** Remboursement des soins de santé liés à la transition de genre

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents concernant cette étude, y compris les documents modifiés suite aux remarques :

- Protocole : Version 1 – 27MAI2024
- Affiche recrutement « Participez à une Étude sur les Remboursements des Soins de Transition de Genre ! » : Version 1 – dd 20JUIN2024
- Questionnaire REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTE LIES AUX TRANSITIONS DE GENRE : Version 2 modifié : Version 2 – 24SEPT2024
- Document information et consentement : Version 2 – dd 24SEPT2024
- Certificat d'assurance : Amlin : Version 1 – dd 07MAI2024 + Amma : Version 1 dd11JAN2024
- Questionnaire GDPR : Version 1 – dd 03JUIN2024
- CV Cathy Masengesho
- CV Aurore Dufrasne

En tant que comité d'éthique principal désigné par le promoteur (unique en Belgique), selon les directives de la loi du 07 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif à ce projet.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement.

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation ou un essai clinique avant que le comité d'éthique (IRB/IEC) n'ait donné un avis écrit favorable au projet.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Le comité d'éthique principal déclare qu'il procède selon les directives ICH/GCP, les lois et règlements applicables, et ses propres procédures écrites.

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03 - 1200 Bruxelles  
 Tél. : 02/764.55.14 E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Page 1 sur 2

Le comité d'éthique principal déclare qu'aucun de ses membres ayant une affiliation avec l'étude ou le sponsor n'a voté pour cette étude.

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Le comité d'éthique principal sera continuellement informé de tous les SUSAR et déviations liés à ce protocole et qui se sont produits en Belgique.

Le comité d'éthique sera également informé du statut de l'étude sur base continue (comme requis par les directives ICG-GCP 4.10.1).

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



 Pharm. C. VERBIST  
 Membre CEHF



 Prof. J.-M. MATEOTEAUX  
 Président

## Annexe 8 : Conventions conclues entre l'INAMI et les équipes de genre de Gand et Liège

### **INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ**

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE GALILEE 5/01 - 1210 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 ##,**

**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 de ##, 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 incongruence de genre ou qui en a reçu le diagnostic, selon la CIM-11, ou éventuellement le DSM-5 (codes 302.6 [enfants], 302.85 [adolescents et adultes]),, ou une édition ultérieure de ces classifications.

## II. OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SOINS

### **Article 4.**

**§ 1<sup>er</sup>.** Une personne qui répond à la définition des bénéficiaires (cf. 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 incongruence 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 l'incongruence 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 et en concertation avec le bénéficiaire : orienter le bénéficiaire vers un hôpital ou le service de l'hôpital qui a conclu la présente convention qui réalise cette chirurgie, prendre tous les contacts utiles avec cet hôpital ou le service de l'hôpital qui a conclu la présente convention 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<sup>ère</sup> ligne (médecins, psychologues), les hôpitaux, les PMS, les centres de santé mentale, les associations, ... - qui rencontrent des personnes susceptibles de présenter une incongruence 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 (cf. 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 individuelles à distance, de séances familiales, de séances de groupe ou d'entretiens (cf. article 6), par les membres de l'équipe thérapeutique du centre (cf. article 8), au cours de la période fixée par le médecin-conseil de l'organisme assureur (cf. 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 règlementation sur le remboursement des médicaments.

#### Article 6.

**§ 1<sup>er</sup>.** Les prestations prévues par la présente convention sont les prestations suivantes :

7.76.2xx.xx

- « séance d'accompagnement psychosocial individuelle », abrégée en « séance individuelle »,
- « séance d'accompagnement psychosocial individuelle à distance », abrégée en « séance individuelle à distance »,
- « 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 ».

**§ 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 inclus de l'article 8. La séance est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, point 1.

Les séances qui se dérouleraient simultanément 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 dont question au § 5 du présent article. 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 ou une séance familiale.

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 l'incongruence 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 management) 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 l'incongruence 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/ou les interventions chirurgicales.
6. La réorientation adéquate de bénéficiaires dont les problématiques ne peuvent pas être traitées ni suivies 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 prise de contact 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 de conseils lorsque des obstacles financiers compliquent la

planification d'interventions chirurgicales.

**§ 3.** Dans des cas exceptionnels, une séance individuelle avec un membre du personnel visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, point 2, 3 ou 5 peut se faire à distance au moyen d'un outil de communication vidéo numérique. Une séance individuelle ne peut avoir lieu à distance que si le bénéficiaire le demande explicitement et uniquement si une séance individuelle « ordinaire » dont question au § 2 du présent article a déjà été réalisée dans le centre pour ce bénéficiaire.

Chaque *séance individuelle à distance* doit être conforme à toutes les dispositions applicables à une séance individuelle dont question aux alinéas 1 et 2 du § 2 du présent article, ainsi qu'à toutes les règles générales qui seraient d'application dans le futur concernant les prestations qui peuvent être dispensées à distance. La séance individuelle à distance est facturable au montant prévu à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, point 2.

1. Les actes effectués au cours d'une *séance individuelle à distance* peuvent être :L'information du bénéficiaire sur les éventuelles conséquences médicales et psychosociales de l'incongruence de genre et sur les traitements.
2. La pose de l'indication de certains soins, leur coordination et l'accompagnement de leur dispensation ; la gestion des cas (case management) qui nécessitent l'intervention de plusieurs dispensateurs ou services de soins.
3. En accord avec les règles de bonne pratique validées à un niveau international, la dispensation d'une psychoéducation portant sur l'incongruence 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/ou les interventions chirurgicales.
4. La réorientation adéquate de bénéficiaires dont les problématiques ne peuvent pas être traitées ni suivies par le centre en raison de leur nature, de leur sévérité, ou de leur complexité.
5. L'aide au bénéficiaire dans les formalités administratives et dans la prise de contact avec les institutions de soins, les services sociaux et les services administratifs, en vue de garantir le bon déroulement du plan de soins individualisé.
6. L'information du bénéficiaire sur les aspects pertinents de la législation.
7. L'offre d'un soutien et de conseils, lorsque des obstacles financiers compliquent la planification d'interventions chirurgicales.

Les « séances par communication vidéo par un psychologue » remboursables, telles que prévues à l'article 24 de l'AR n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19, réalisées par le centre pendant la durée de validité de la présente convention, doivent être incluses dans le nombre maximum de séances individuelles à distance remboursables, tel que visé à l'article 21, § 1<sup>er</sup> de la présente convention.

**§ 4.** 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 inclus de l'article 8. La séance familiale est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, point 3.

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.

**§ 5.** 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<sup>er</sup>, point 4.

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.

**§ 6.** 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 inclus de l'article 8. L'entretien est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, point 5.

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.

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

Les prestations visées aux §§ 2 à 5 inclus du présent article peuvent uniquement être réalisées dans les locaux du centre dont question à l'article 14, § 1<sup>er</sup>.

**§ 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 (cf. article 8, § 1<sup>er</sup>, point 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 (cf. article 14, § 1<sup>er</sup>) 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 audelà du nombre maximum de séances remboursables fixé à l'article 21, § 1<sup>er</sup>. 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 du présent article et des dispositions 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<sup>ère</sup> 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.**

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

**§ 2.** Compte tenu du budget disponible pour l'exécution de la présente convention, et au vu du fait que tous les centres qui ont conclu la présente convention doivent pouvoir prendre en charge un nombre suffisamment important de bénéficiaires, la présente convention est conclue avec un maximum de 6 centres. Deux de ces centres ont déjà conclu la précédente convention pour l'accompagnement de la transidentité (d'application jusqu'au 31 décembre 2024 inclus). Les quatre centres supplémentaires se sont investis, au cours des dernières années, dans le développement d'une offre multidisciplinaire d'accompagnement aux personnes visées par l'article 3 de la présente convention. Leur expérience, leur expertise, leur répartition géographique et l'offre destinée aux adolescents ont été prises en compte lors de la sélection de ces centres supplémentaires.

### **4.2. Cadre du personnel**

#### **Article 8.**

**§ 1<sup>er</sup>.** Le cadre du *personnel thérapeutique* du centre comprend au moins les fonctions 1 à 5 inclus 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 inclus) 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 inclus 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<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> alinéa.

En cas d'absence de courte durée des titulaires d'une fonction thérapeutique (cf. article 8, § 1<sup>er</sup>, points 1 à 5 inclus), 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<sup>er</sup>.** Tous les membres du personnel thérapeutique selon leur fonction (cf. article 8, § 1<sup>er</sup>, points 1 à 5 inclus) prouvent, par leur formation et par leur expérience professionnelle, leur compétence et leur expérience concernant les aspects médicaux et psychosociaux de l'incongruence de genre, de ses causes, de ses conséquences et de son traitement.

Les membres du personnel administratif possèdent une connaissance suffisante de l'incongruence 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 de l'incongruence de genre, il assume la direction médicale et la coordination de l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, points 2 à 6 inclus, 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<sup>er</sup>, points 2 à 6 inclus.

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 l'incongruence 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. Ils ont une connaissance approfondie de la dimension existentielle de l'incongruence de genre et une bonne connaissance de ses aspects médicaux.

Si le centre dispose d'au moins 0,5 ETP (minimum 19 heures par semaine) de psychologuesexologue qui remplit les conditions dont question à l'alinéa précédent, il peut également être tenu compte, pour la prise en charge des bénéficiaires âgés de 16 ans et plus, de psychologues disposant d'un diplôme de master (licence) et d'une qualification adéquate qui ne disposent pas de diplôme complémentaire de sexologue. Toutefois, au moins la moitié des heures de psychologue pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus réalisées par le cadre du personnel du centre doit toujours être assurée par un psychologue-sexologue tel que décrit dans l'alinéa précédent.

### *Orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents*

Dans le cas où le centre souhaite inclure la fonction d'orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents 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 l'incongruence 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 l'incongruence 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

- l'incongruence 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 un diplôme de niveau bachelier avec qualification adéquate d'infirmier social ou d'infirmier spécialisé en santé communautaire, ou de travailleur social. Elles possèdent des connaissances suffisantes sur l'incongruence 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 incongruence 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<sup>er</sup>.** *Le temps de travail pour la réalisation des séances visées à l'article 6, §§ 2 à 5 inclus en application de la convention* (ci-dessous : *temps de travail*) est le temps effectivement consacré à la réalisation des prestations prévues par la convention ou des tâches induites par la réalisation de ces prestations, 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 (cf. points 2 à 5 inclus de l'*annexe 1* à la présente convention). 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 1* à la présente convention.

Le centre respecte également une règle de proportionnalité, fondée sur le coût des séances dont question à l'article 6, §§ 2 à 5 inclus, 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 fonctions 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 <sup>er</sup> , point 1) :	5	
Masters (art. 8, § 1 <sup>er</sup> , points 2, 3 et 4) :	70	
Bacheliers (art. 8, § 1 <sup>er</sup> , point 5) :	5	
Secrétaires (art. 8, § 1 <sup>er</sup> , 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 5 inclus de l'article 8, § 1<sup>er</sup>.

## Article 11.

**§ 1<sup>er</sup>.** 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.

## 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 la présente 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 des 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 les cas ont été discutés. Ce compte-rendu écrit est conservé par le centre.

#### 4.3. Unité de fonctionnement et accessibilité

##### Article 14.

**§ 1<sup>er</sup>.** Sans préjudice des dispositions de l'article 39 de la présente convention, 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. Endéans les 2 ans maximum après la date d'entrée en vigueur de la présente convention visée à l'article 44, § 1<sup>er</sup>, le centre constitue également une unité architecturale. 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 multidisciplinaire. 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 l'incongruence de genre, dans chacune des spécialités suivantes :

- s'il traite des bénéficiaires de moins de 16 ans : urologie pédiatrique, endocrinologie pédiatrique et pédopsychiatrie,
- s'il traite des bénéficiaires de 16 ans et plus : endocrinologie, urologie, gynécologie, chirurgie plastique et 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. Le centre 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. Les heures d'ouverture du centre sont également mentionnées sur son site internet.

Il prend toutes les mesures utiles pour qu'au moins 1 titulaire de chacun des fonctions 1 à 5 inclus, visées à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, soit rapidement accessible pendant les heures d'activité du centre.

#### **4.4. Nombre minimal de bénéficiaires**

##### **Article 15.**

**§ 1<sup>er</sup>.** 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 individuelle à distance, 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.

**§ 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<sup>er</sup> juillet de l'année qui suit la 1<sup>ère</sup> 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.

**§ 3.** La présente convention cesse ses effets de plein droit lorsque le centre visé à l'article 7 n'a pas suivi le nombre minimum de bénéficiaires visé au § 1<sup>er</sup> du présent article pendant 3 années civiles consécutives. Dans ce cas, le centre concerné devra prévoir une mesure transitoire à caractère extinctif de manière à pouvoir garantir la continuité de l'accompagnement des 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<sup>er</sup>.** Le montant de l'intervention de l'assurance est établi sur base de l'*annexe 1* à la présente convention. Il est fixé à :

	Pseudocode	Total (en euros)	Partie indexable	Partie nonindexable
1. Séance individuelle (art. 6, § 2)	787916-787920	119,22	114,47	4,75
2. Séance individuelle à distance (art. 6, § 3)	783451-783462	119,22	114,47	4,75
3. Séance familiale (art. 6, § 4)	791571-791582	178,83	171,70	7,13
4. Séance de groupe (art. 6, § 5) : prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe	791792-791803	39,74	38,16	1,58
5. Entretien (art. 6, § 6)	787931-787942	119,22	114,47	4,75

**§ 2.** La partie indexable de ce montant est liée à l'indice pivot 128,11 (mai 2024 – base 2013) des prix à la consommation. Elle est adaptée selon les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> 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<sup>o</sup>, 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**

### **18.**

**§ 1<sup>er</sup>.** 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 l'organisme assureur du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1<sup>ère</sup> prestation (séance individuelle ou séance familiale) 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 et signé par le médecin coordinateur du centre tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, point 1 de la présente convention, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

Cependant, le rapport médical peut également être établi et signé par un autre médecin que le médecin coordinateur du centre dont question ci-avant. Cet autre médecin est désigné par le médecin coordinateur du centre et travaille dans l'hôpital dont fait partie le centre d'accompagnement de la transidentité avec lequel la présente convention est conclue. Il s'agit d'un médecin dont question à l'article 14, § 2 de la présente convention.

Dans le cas où le centre prend en charge tant des bénéficiaires de moins de 16 ans que des bénéficiaires de 16 ans ou plus dans le cadre de la présente convention, le médecin coordinateur peut désigner deux médecins différents (un médecin qui traite des bénéficiaires de moins de 16 ans et un médecin qui traite des bénéficiaires de 16 ans et plus en vertu des dispositions de l'article 14, § 2 de la présente convention) pour établir et signer les rapports médicaux. Si le centre ne prend en charge qu'un seul type de bénéficiaire, le médecin coordinateur ne désigne alors qu'un seul médecin.

Il appartient au médecin coordinateur du centre de garantir que cet autre (ces deux autres le cas échéant) médecin(s) dispose(nt) effectivement d'une expertise particulière en matière d'incongruence de genre étayée et reconnue et en porte la responsabilité. Le médecin coordinateur du centre communique au Service des soins de santé de l'INAMI, le nom, le prénom, le numéro de reconnaissance de cet autre (ces deux autres le cas échéant) médecin(s) et la date à partir de laquelle il est souhaité que ce(s) (deux) médecin(s) puisse(nt) établir et signer les rapports médicaux. En cas de changement, le médecin coordinateur en informe le Service des soins de santé de l'INAMI et communique à cet effet toutes les informations dont question ci-dessus qui concernent le

nouveau médecin. Tout changement doit être communiqué à temps au Service des soins de santé de l'INAMI. Aucune rétroactivité ne sera acceptée dans ce contexte.

Sur base des informations transmises par le médecin coordinateur, une liste des médecins habilités à établir et signer les rapports médicaux sera élaborée et portée à la connaissance des organismes assureurs. Seuls les médecins qui figurent sur cette liste sont effectivement habilités à établir et signer les rapports médicaux. 3 médecins au maximum seront mentionnés dans cette liste par centre (le médecin coordinateur du centre, un médecin qui traite des bénéficiaires de moins de 16 ans et un médecin qui traite des bénéficiaires de 16 ans ou plus, désigné par le médecin coordinateur).

En cas d'accord sur la demande d'intervention, 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 6 ans, à compter de la date de début. Toute décision de refus est motivée.

Un seul accord est requis pour les séances individuelles, les séances individuelles à distance, les séances familiales, les séances de groupe et les entretiens (cf. article 6, §§ 2 à 6 inclus).

**§ 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<sup>er</sup> ci-dessus. Cependant, la première prestation réalisée dans le cadre de cette période de prolongation ne doit pas forcément être une séance individuelle ou une séance familiale.

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 l'organisme assureur du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1<sup>ère</sup> 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 individuelles à distance dont question à l'article 6, § 3, séances familiales dont question à l'article 6, § 4 et séances de groupe dont question à l'article 6, § 5) et le nombre maximum d'entretiens (dont question à l'article 6, § 6) ne sont pas atteints pour le bénéficiaire considéré. Les périodes ne sont plus prolongeables/renouvelables lorsque ces maximums sont atteints.

**§ 3.** Le centre s'engage à informer le bénéficiaire et l'aide dans les démarches à accomplir.

## **Article 19.**

**§ 1<sup>er</sup>.** 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, § 6, 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**

#### **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 individuelle à distance vaut 1 unité de facturation,
- chaque séance familiale vaut 1,5 unité de facturation ;
- chaque séance de groupe vaut 0,33 unité de facturation pour chaque bénéficiaire qui y participe ;
- chaque entretien vaut 1 unité de facturation.

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

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<sup>er</sup>.** Le nombre maximum de séances remboursables (séances individuelles dont question à l'article 6, § 2, séances individuelles à distance dont question à l'article 6, § 3, séances familiales dont question à l'article 6, § 4 et séances de groupe dont question à l'article 6, § 5) 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 24<sup>ème</sup> anniversaire, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d'un maximum de 30 séances,
2. à partir de son 24<sup>ème</sup> 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 24<sup>ème</sup> anniversaire (cf. point 1 ci-dessus), il ne peut plus bénéficier que de 10 séances remboursables à partir de son 24<sup>ème</sup> 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 24<sup>ème</sup> anniversaire sans avoir épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables (cf. point 1 ci-dessus), les séances restantes ne peuvent pas être ajoutées à la période suivante (cf. 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 24<sup>ème</sup> anniversaire, il ne peut plus bénéficier que de 25 séances remboursables après son 24<sup>ème</sup> anniversaire. Pour un tel bénéficiaire, le maximum de 40 séances remboursables ne pourra pas être atteint.

Parmi les 40 séances dont question au § 1<sup>er</sup>, seules sont facturables un maximum de 5 séances familiales, 5 séances individuelles à distance et de 5 séances de groupe.

Au cours de la première année civile de prise en charge dans le cadre de la présente convention, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 12 séances.

Durant chaque année civile qui suit la première année civile de prise en charge dans le cadre de la convention, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 8 séances.

Dans le cas où, au cours de la première année civile de prise en charge dans le cadre de la présente convention, un maximum de 8 séances a été dispensé (au lieu de 12 séances maximum

remboursables durant cette première année civile), le maximum de 12 séances remboursables est reporté à la deuxième année civile de prise en charge dans le cadre de la convention. Le maximum de 8 séances remboursables ne sera donc d'application, pour ces bénéficiaires, qu'à partir de la troisième année civile de prise en charge dans le cadre de la présente convention.

*Exemple d'application pratique de ces dispositions :*

*Un accord a été donné pour un nouveau bénéficiaire pour la période du 07/11/2025 au 06/11/2031 inclus (6 années).*

*Seules 3 séances ont été dispensées pour ce bénéficiaire entre le 07/11/2025 et le 31/12/2025. Pour l'année civile 2026, ce bénéficiaire peut prétendre au remboursement de 12 séances (étant donné que le nombre de 8 séances maximum n'a pas été dépassé durant l'année civile 2025 ; première année civile de prise en charge dans le cadre de la convention).*

*A partir de l'année civile 2027, le quota de 8 séances par année civile est d'application pour ce bénéficiaire.*

Le nombre de séances individuelles à distance et le nombre de séances familiales est limité à 3 séances par année civile peu importe qu'il s'agisse de la première année civile ou des années civiles qui suivent. Cependant, le maximum de 5 séances individuelles à distance et le maximum de 5 séances familiales facturables sur l'ensemble de la période de prise en charge dans le cadre de la présente convention ne peuvent quoi qu'il en soit jamais être dépassés.

Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale compte pour une prestation.

Le nombre de séances de groupe n'est quant à lui pas limité par année civile, ni durant la première année civile de prise en charge, ni durant les années civiles qui suivent. Cependant, le maximum de 5 séances de groupe facturables sur l'ensemble de la période de prise en charge dans le cadre de la présente convention ne peut quoi qu'il en soit jamais être dépassé. Ce maximum de 5 séances peut être réparti librement par le centre durant l'ensemble de la prise en charge dans le cadre de la présente convention.

Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, 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 à distance, soit 1 séance individuelle et 1 entretien, soit 1 séance individuelle et 1 séance familiale, soit 1 séance de groupe.

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

## 5.4. **Modalités de facturation des prestations**

### 22.

Le centre facture le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire sur base du fichier de facturation électronique de l'établissement hospitalier dont le centre fait partie (facturation électronique obligatoire via MyCareNet). 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<sup>er</sup>.** 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<sup>er</sup>, 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 règlementaire 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 inclus 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<sup>er</sup>.** 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<sup>er</sup>.** 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.** Les centres avec lesquels la présente convention est conclue élaborent eux-mêmes et conjointement une proposition de protocole d'évaluation qu'ils soumettent à l'approbation du Collège des médecins-directeurs. Ce protocole doit en tout cas répondre aux conditions du § 1<sup>er</sup> du présent article. Une proposition commune à cet effet est attendue par le Collège des médecinsdirecteurs pour **le 30 avril 2025** au plus tard.

Tant les centres que le Collège des médecins-directeurs peuvent à tout moment proposer des adaptations au protocole d'évaluation existant. Toute proposition de modification émanant des centres doit être faite conjointement par tous les centres et sera soumise par écrit au Collège des médecins-directeurs qui statuera sur cette proposition.

Les centres mettent scrupuleusement en œuvre la procédure de collecte, d'analyse et de transfert des données approuvée par le Collège des médecins-directeurs.

## **Article**

**§ 3.** 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 individuelles à distance, séances familiales, séances de groupe et entretiens fixé à l'article 17.

## VII. CONSEIL D'ACCORD

### **Article 30.**

**§ 1<sup>er</sup>.** Un Conseil d'accord est institué dans le cadre de la présente convention.

Le Conseil d'accord est un organe fonctionnel composé, d'une part, des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'INAMI et, d'autre part, des médecins coordinateurs des centres avec lesquels la présente convention est conclue, mandatés par le pouvoir organisateur de l'hôpital auquel le centre est lié. Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

Le Collège des médecins-directeurs peut décider d'inviter d'autres organisations ou instances au Conseil d'accord si cela s'avère utile pour la discussion de certains sujets ou la réalisation de certaines missions.

**§ 2.** Le Conseil d'accord est convoqué sur décision motivée du Président. Le Président convoque en tout cas le Conseil d'accord à la demande du Comité de l'assurance.

**§ 3.** Le Conseil d'accord a les missions suivantes :

- le suivi permanent de l'application des conventions et notamment :
  - l'application des programmes individuels d'accompagnement pluridisciplinaires (cf. articles 5 et 6) ;
  - le fonctionnement des centres ;
  - la collaboration entre les centres et les acteurs de la première ligne qui sont concernés par l'accompagnement aux personnes transgenres ;
- le suivi permanent de l'état des connaissances scientifiques en matière d'accompagnement de la transidentité ;
- l'évaluation des conventions sur la base des rapports annuels visés à l'article 29 ;
- la formulation de propositions d'adaptations à la convention.

**§ 4.** Si le centre est absent à plusieurs reprises de la réunion du Conseil d'accord, cette absence sera constatée par le Président du Conseil d'accord, par lettre recommandée adressée au pouvoir organisateur de l'établissement.

Si l'établissement reste absent, après cette constatation, cette absence sera communiquée au Comité de l'assurance qui peut décider de résilier la convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis visé à l'article 44, § 2 de la présente convention.

## VIII. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

### **Article 31.**

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.

Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à présenter - à la demande explicite du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médical de l'INAMI - un aperçu des recettes et des dépenses du centre ainsi qu'un tableau récapitulatif détaillé du personnel employé par le centre.

### **Article 32.**

**§ 1<sup>er</sup>.** 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 33.**

**§ 1<sup>er</sup>.** 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.

## **IX. SOUTIEN DU CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE DE L'UZ GENT**

(DISPOSITIONS NON D'APPLICATION POUR LE CENTRE DE L'UZ GENT)

### **Article 34.**

**§ 1<sup>er</sup>.** Le centre de l'UZ Gent est reconnu au niveau national et international pour son expertise en matière d'accompagnement de la transidentité. L'expertise de ce centre s'appuie sur les lignes directrices internationales reconnues en matière d'accompagnement des personnes transgenres, telles que décrites dans le SOC8. Afin de soutenir les cinq autres centres qui ont conclu la présente convention dans la réalisation de leur mission, la présente convention prévoit un soutien par le biais duquel le centre de l'UZ Gent partage son expertise et son expérience dans les différents domaines de l'accompagnement de la transidentité avec les autres centres conventionnés.

**§ 2.** Le centre qui a conclu la présente convention s'engage à collaborer avec le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent - dans sa fonction de soutien à tous les centres conventionnés - pendant les 3 premières années à compter de la date d'entrée en vigueur telle que visée à l'article 44, § 1<sup>er</sup> de la présente convention. Sur base de l'expérience, d'une part du centre de l'UZ Gent et d'autre part, des centres qui ont conclu la présente convention et après concertation avec le Collège des médecins-directeurs, il peut être décidé de prolonger ce soutien (ou une forme adaptée de celui-ci) après la fin des 3 premières années d'application de la présente convention.

**§ 3.** Le soutien apporté par le centre de l'UZ Gent au centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention dont question aux §§ 1<sup>er</sup> et 2 du présent article se réalise par année civile par le biais des 3 types de sessions suivants :

1. **Session de visite** : il s'agit d'une visite de 2 heures minimum de l'équipe du centre de l'UZ Gent dans les locaux du centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention (présence minimale requise du médecin coordinateur, d'un psychologue, d'un case manager et d'un travailleur social des deux équipes). Cette session de visite a lieu une fois par année civile et est organisée par le centre de l'UZ Gent.

Cette session de visite a pour but un échange de bonnes pratiques de l'organisation de l'accompagnement de la transidentité et porte entre autres, sur l'organisation quotidienne de la prise en charge des bénéficiaires et la collaboration avec les services associés qui peuvent être également impliqués dans leur prise en charge.

2. **Session de coaching individuel** : il s'agit d'une interaction entre un membre de l'équipe du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent avec un membre de l'équipe du centre qui a conclu la présente convention qui assurent la même fonction telle que visée à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, points 1 à 5 inclus (par exemple, interaction entre le case manager du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent avec le case manager du centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention).

Ces sessions de coaching individuel permettent aux membres de l'équipe du centre qui a conclu la présente convention d'être guidés dans les spécificités de l'accompagnement de la transidentité et les défis auxquels ils peuvent se voir confronter dans l'exercice de leur mission, de promouvoir les processus d'apprentissage et d'échanger de bonnes pratiques.

Une session de coaching individuel dure 2 heures et peut être réalisée par communication vidéo ou dans les locaux d'un des deux centres concernés. Ces sessions de coaching individuel sont organisées par le centre de l'UZ Gent.

Le centre qui a conclu la présente convention doit participer à un minimum de 8 sessions de coaching individuel de 2 heures par année civile, dont :

- a. 2 entre les deux médecins coordinateurs (tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, point 1) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité,
  - b. 2 entre deux psychologues (tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, points 2 et 3) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité,
  - c. 2 avec deux case managers (tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, point 4) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité et
  - d. 2 avec deux travailleurs sociaux (tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, point 5) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité.
3. **Session d'intervision** : il s'agit d'une concertation de groupe entre des membres de l'équipe du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent et des membres de l'équipe des autres centres qui ont conclu la convention pour l'accompagnement de la transidentité, tels que visés à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, points 1 à 5 inclus (le centre qui a conclu la présente convention inclus) durant laquelle le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent offre son expertise au moyen de discussions de cas spécifiques.

Il peut s'agir d'une concertation de groupe entre des membres de l'équipe d'une même fonction et/ou des membres de l'équipe qui assurent des fonctions différentes au sein des centres d'accompagnement de la transidentité.

Une session d'intervision dure au minimum 2 heures et peut être réalisée par communication vidéo ou dans les locaux d'un des centres. Ces sessions d'intervision sont organisées et coordonnées par le centre de l'UZ Gent.

Le centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention doit participer, par année civile, à un minimum de 4 sessions d'intervision de 2 heures chacune avec au moins un membre de l'équipe tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, points 1 à 5 inclus.

Pour favoriser la faisabilité pratique de l'organisation de ces sessions d'intervision, il est possible de choisir d'organiser une session d'intervision en présence d'une partie

seulement des centres conventionnés. Si une session d'intervision particulière concerne spécifiquement le groupe cible mineur de la présente convention, les centres qui ne prennent pas en charge ce groupe cible ne doivent pas être présents. Toutefois, chaque centre doit participer à un minimum de 4 sessions d'intervision par année civile.

**§ 4.** Le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent peut, en fonction des besoins de chaque centre, apporter davantage de soutien que ce qui est décrit au § 3 du présent article (points 2 et 3). Chaque centre veille à suivre les recommandations du centre de l'UZ Gent à ce sujet et à participer, pour ce faire, à tout soutien complémentaire apporté par le centre de l'UZ Gent. Le centre de l'UZ Gent n'est en aucun cas tenu d'apporter à un centre plus du double du soutien tel que décrit ci-dessus.

**§ 5.** La participation à une session de visite, de coaching individuel et/ou d'intervision dans le cadre du trajet de soutien décrit dans le présent article ne peut en aucun cas entrer en considération pour l'attribution de points d'accréditation.

### **Article 35.**

Dans le rapport annuel visé à l'article 29, chaque centre inclut chaque année un aperçu de toutes les activités décrites à l'article 34 de la présente convention auxquelles le centre qui a conclu la présente convention a participé au cours de l'année civile écoulée sur laquelle porte le rapport. Cet aperçu comprend au moins :

1. en ce qui concerne la session de visite :

- la date de la session ;
- la durée de la session ;
- le nom et la fonction des membres de l'équipe présents des deux centres ;
- une brève description des thèmes abordés lors de la visite.

2. en ce qui concerne les sessions de coaching individuel :

- la date de chaque session ;
- la durée de chaque session ;
- le lieu de chaque session (par communication vidéo/physique, et si physique : le lieu exact) ;
- le nom et la fonction du membre de l'équipe présent des deux centres pour chaque session ;
- une brève description des sujets abordés au cours de chaque session.

3. en ce qui concerne les sessions d'intervision :

- la date de chaque session ;
- la durée de chaque session ;
- le lieu de chaque session (par communication vidéo/physique, et si physique : le lieu exact) ;
- le nom + fonction des membres de l'équipe présents de tous les centres présents pour chaque session;
- une brève description des sujets abordés au cours de chaque session.

En outre, chaque centre doit également inclure dans son rapport annuel visé à l'article 29 une réflexion générale sur, entre autres, la valeur ajoutée, la faisabilité et la pertinence du soutien dispensé par le centre de l'UZ Gent au cours de l'année écoulée à laquelle le rapport a trait.

## X. SOUTIEN PAR LE CENTRE DES AUTRES CENTRES D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE (DISPOSITIONS SEULEMENT D'APPLICATION POUR LE CENTRE DE L'UZ GENT)

### **Article 36.**

**§ 1<sup>er</sup>.** Le centre qui a conclu la présente convention est reconnu au niveau national et international pour son expertise en matière d'accompagnement de la transidentité. L'expertise de l'UZ Gent s'appuie sur les lignes directrices internationales reconnues en matière d'accompagnement des personnes transgenres, telles que décrites dans le SOC8. Afin de soutenir les cinq autres centres qui ont conclu la présente convention dans la réalisation de leur mission, la présente convention prévoit un soutien par le biais duquel le centre de l'UZ Gent partage son expertise et son expérience dans les différents domaines qui concernent l'accompagnement de la transidentité avec les autres centres conventionnés.

**§ 2.** Le centre qui a conclu la présente convention s'engage à offrir un soutien aux 5 autres centres d'accompagnement de la transidentité qui ont conclu la présente convention pendant les 3 premières années à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, telle que visée à l'article 44, § 1<sup>er</sup>. Sur base de l'expérience, d'une part du centre de l'UZ Gent et d'autre part, des autres centres qui ont conclu la présente convention et après concertation avec le Collège des médecins-directeurs, il peut être décidé de prolonger ce soutien (ou une forme adaptée de celuici) après la fin des 3 premières années d'entrée en vigueur de la présente convention.

**§ 3.** Le soutien apporté par le centre de l'UZ Gent à chaque autre centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention dont question aux §§ 1<sup>er</sup> et 2 du présent article se réalise par année civile par le biais des 3 types de sessions suivants :

1. **Session de visite** : il s'agit de l'organisation et de la réalisation d'une visite de 2 heures minimum de l'équipe du centre de l'UZ Gent dans les locaux de chaque centre d'accompagnement qui a conclu la présente convention (présence minimale requise du médecin coordinateur, d'un psychologue, d'un case manager et d'un travailleur social des deux équipes). Le centre de l'UZ Gent organise et réalise ainsi un total de 5 visites par année civile (une visite dans chacun des 5 autres centres).

Ces sessions de visite ont pour but un échange de bonnes pratiques de l'organisation de l'accompagnement de la transidentité et portent entre autres, sur l'organisation quotidienne de la prise en charge des bénéficiaires et la collaboration avec les services associés qui peuvent également être impliqués dans leur prise en charge.

2. **Session de coaching individuel** : il s'agit d'une interaction entre un membre de l'équipe du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent avec un membre de l'équipe d'un autre centre qui a conclu la présente convention qui assurent la même fonction telle que visée à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, points 1 à 5 inclus (par exemple, interaction entre le case manager du centre d'accompagnement de l'UZ Gent avec le case manager d'un autre centre d'accompagnement de la transidentité).

Ces sessions de coaching individuel permettent aux membres de l'équipe des autres centres qui ont conclu la présente convention d'être guidés dans les spécificités de l'accompagnement de la transidentité et les défis auxquels ils peuvent se voir confronter

dans l'exercice de leur mission, de promouvoir les processus d'apprentissage et d'échanger de bonnes pratiques.

Une session de coaching individuel dure 2 heures et peut être réalisée par communication vidéo ou dans les locaux d'un des deux centres concernés. Ces sessions de coaching individuel sont organisées par le centre de l'UZ Gent.

Le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent doit organiser et participer à un minimum de 40 sessions de coaching individuel de 2 heures par année civile. En effet, chaque autre centre qui a conclu la présente convention doit participer à un minimum de 8 sessions de coaching individuel de 2 heures par année civile, dont :

- 2 entre les deux médecins coordinateurs (tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, point 1) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité,
- 2 entre deux psychologues (tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, points 2 et 3) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité,
- 2 avec deux case managers (tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, point 4) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité, et
- 2 avec deux travailleurs sociaux (tel que visé à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, point 5) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité.

3. **Session d'intervision** : il s'agit d'une concertation de groupe entre des membres de l'équipe du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent et des membres de l'équipe des autres centres qui ont conclu la convention pour l'accompagnement de la transidentité, tels que visés à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, points 1 à 5 inclus, durant laquelle le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent offre son expertise au moyen de discussions de cas spécifiques.

Il peut s'agir d'une concertation de groupe entre des membres de l'équipe d'une même fonction et/ou des membres de l'équipe qui assurent des fonctions différentes au sein des centres d'accompagnement de la transidentité.

Une session d'intervision dure au minimum 2 heures et peut être réalisée par communication vidéo ou dans les locaux d'un des centres concernés. Le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent qui a conclu la présente convention organise et coordonne chaque session d'intervision. Au moins un membre de l'équipe du centre, dont question à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, points 1 à 5 inclus, est présent à chaque intervention.

Chaque autre centre ayant conclu la convention pour l'accompagnement de la transidentité doit participer, par année civile, à minimum 4 sessions d'intervision de 2 heures chacune. Pour favoriser la faisabilité pratique de l'organisation de ces sessions d'intervision, il est possible de choisir d'organiser une session d'intervision en présence d'une partie seulement des centres conventionnés. Si une session d'intervision particulière concerne spécifiquement le groupe cible mineur de la présente convention,

les centres qui ne prennent pas en charge ce groupe cible ne doivent pas être présents. Toutefois, chaque centre doit participer à un minimum de 4 sessions d'intervention par année civile.

**§ 4.** Le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent peut, en fonction des besoins de chaque centre, apporter davantage de soutien que ce qui est décrit au § 3 du présent article (points 2 et 3). Chaque centre veille à suivre les recommandations du centre de l'UZ Gent à ce sujet et à participer, pour ce faire, à tout soutien complémentaire apporté par le centre de l'UZ Gent. Le centre de l'UZ Gent n'est en aucun cas tenu d'apporter à un centre plus du double du soutien tel que décrit ci-dessus.

**§ 5.** La participation à, l'organisation de, ou la gestion d'une session de visite, de coaching individuel et/ou d'intervention dans le cadre du trajet de soutien décrit dans le présent article ne peut en aucun cas entrer en considération pour l'attribution de points d'accréditation.

### **Article 37.**

Dans le rapport annuel visé à l'article 29, le centre de l'UZ Gent inclut chaque année un aperçu de toutes les activités décrites à l'article 36 de la présente convention qui ont été menées en vue de soutenir les autres centres au cours de l'année civile écoulée sur laquelle porte ce rapport. Cet aperçu comprend au moins :

1. en ce qui concerne les sessions de visite :
  - la date de chaque session ;
  - la durée de chaque session ;
  - le nom et la fonction des membres de l'équipe présents des deux centres par session ;
  - une brève description des thèmes abordés lors de chaque visite.
2. en ce qui concerne les sessions de coaching individuel :
  - la date de chaque session ;
  - la durée de chaque session ;
  - le lieu de chaque session (par communication vidéo/physique, et si physique: le lieu exact) ;
  - le nom et la fonction du membre de l'équipe présent des deux centres pour chaque session ;
  - une brève description des sujets abordés au cours de chaque session.
3. en ce qui concerne les sessions d'intervention :
  - la date de chaque session ;
  - la durée de chaque session ;
  - le lieu de chaque session (par communication vidéo/physique, et si physique : le lieu exact) ;
  - le nom + fonction des membres de l'équipe présents de tous les centres présents pour chaque session ;
  - une brève description des sujets abordés au cours de chaque session.

En outre, le centre de l'UZ Gent doit également inclure dans son rapport annuel visé à l'article 29 une réflexion générale sur, entre autres, la valeur ajoutée, la faisabilité et la pertinence du

soutien qu'il dispense aux autres centres d'accompagnement de la transidentité conventionnés au cours de l'année écoulée à laquelle le rapport a trait.

### **Article 38.**

**§ 1<sup>er</sup>.** Le centre peut porter en compte un forfait complémentaire en vue de financer le soutien qu'il dispense aux autres centres d'accompagnement de la transidentité tel que visé à l'article 37, § 2, points 1 à 3 inclus (« **forfait soutien** »). Ce forfait peut être porté en compte en sus d'une des prestations de base remboursables dans le cadre de la présente convention (telles que définies à l'article 6, §§ 2 à 6 inclus) pour les bénéficiaires visés par la présente convention qui répondent à toutes les conditions de la convention pour la facturation de la prestation de base concernée. Ce forfait peut seulement être porté en compte en sus des prestations de base remboursables qui sont réalisées par le centre pendant les 3 premiers mois (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars inclus) des 3 premières années d'application de la présente convention.

Les deux forfaits (forfait lié à la prestation de base telle que définie à l'article 6, §§ 2 à 6 inclus et forfait soutien) doivent être facturés séparément au moyen de pseudo-codes différents. Cependant, ils doivent figurer sur la même facture.

**§ 2.** Le montant de l'intervention de l'assurance dans le « forfait soutien » est établi sur base de l'*annexe 2* à la présente convention. Il est fixé à :

	Pseudocode	Total (en euros)
Forfait soutien	783473-783484	41,55 €

Ce montant est entièrement indexable et lié à l'indice pivot 128,11 (mai 2024 - base 2013) des prix à la consommation. Il est adapté selon les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume pour certains dépenses dans le secteur public.

L'intervention de l'assurance est fixée à 100 % de ce montant.

**§ 3.** Le montant du forfait soutien fixé au § 2 du présent article a été calculé sur base du coût moyen pour le centre généré par l'organisation, la coordination et la participation aux différentes sessions dispensées aux autres centres d'accompagnement de la transidentité. Pour la session d'intervention, il est parti du principe que :

- le centre participera à une session d'intervention 4 fois par année civile ;
- 1 membre de l'équipe du centre participera à 2 des 4 sessions ;
- 4 membres de l'équipe du centre participeront à 2 des 4 sessions.

**§ 4.** Le montant de la prestation visée au § 2 du présent article n'est pas affecté par le type de prestation facturée. Le montant reste identique quel que soit le type ou le prix de la prestation à laquelle il s'ajoute.

**§ 5.** Les forfaits soutien peuvent être facturés pour des prestations remboursables dans le cadre de la présente convention, pour autant que le nombre maximum de forfaits soutien remboursables ne soit pas dépassé. Ce nombre maximal de forfaits soutien remboursables est fixé à **703 par année civile**.

**§ 6.** Il appartient au centre lui-même de veiller à ce que le nombre de prestations soutien facturé à l'ensemble des organismes assureurs ne dépasse pas ce nombre maximal remboursable par année civile. L'année de réalisation de la prestation de base à laquelle le forfait soutien se rattache détermine l'année civile pour laquelle le forfait soutien doit être décompté du maximum de 703 forfaits soutien remboursables en vertu des dispositions de la présente convention.

**§ 7.** Le centre s'engage à ne facturer ni aux bénéficiaires, ni aux organismes assureurs ni à l'INAMI une autre rémunération pour le temps investi dans le trajet de soutien que celle prévue ci-dessus.

**XI. DISPOSITIONS SPECIFIQUES POUR LE CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE DE L'HOPITAL ERASME – ULB (DISPOSITIONS UNIQUEMENT D'APPLICATION POUR LE CENTRE DE L'HOPITAL ERASME – ULB)**

**Article 39.**

A Bruxelles, l'Hôpital Erasme - ULB (ci-après dénommé « Hôpital Erasme ») et l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola - HUDERF (ci-après dénommé « HUDERF ») collaborent pour la prise en charge des personnes transgenres au sein du groupement académique Hôpital Universitaire de Bruxelles (HUB). Dans ce contexte, HUDERF dispense un accompagnement aux enfants et adolescents et l'hôpital Erasme dispense un accompagnement aux adultes. Afin de faciliter davantage cette collaboration, la présente convention prévoit que le centre d'accompagnement de la transidentité de l'hôpital Erasme peut, sous les conditions énumérées ci-après, dispenser une partie de ses activités dans le cadre de la présente convention sur le site de l'HUDERF. Les deux hôpitaux doivent conclure entre eux une convention de collaboration qui règle au moins les conditions ci-dessous et qui s'applique pendant toute la durée de validité de la présente convention.

Cette convention de collaboration doit être soumise, avant la conclusion de la présente convention avec le centre d'accompagnement de la transidentité de l'hôpital Erasme, au Collège des médecins-directeurs, qui déterminera si toutes les conditions ci-dessous sont remplies :

- l'hôpital Erasme et l'HUDERF fonctionnent comme un centre commun pour l'accompagnement de la transidentité, sous la responsabilité de l'hôpital Erasme ;
- l'hôpital Erasme conclut la présente convention et assume la responsabilité finale de toutes les activités menées dans le cadre de la présente convention, tant sur son propre site que sur celui de l'HUDERF ;
- toutes les activités dispensées dans le cadre de la présente convention sur le site de l'hôpital Erasme ainsi que sur le site de l'HUDERF répondent à toutes les conditions prévues à la présente convention ;
- le centre commun d'accompagnement de la transidentité dispose ensemble au minimum du cadre du personnel visé aux articles 8 et 9 de la présente convention ;
- le centre commun d'accompagnement de la transidentité dispose d'un médecin coordinateur tel que visé à l'article 9, § 2 de la présente convention. Ce médecin travaille au moins à temps partiel pour l'hôpital Erasme ;
- le site sur lequel l'accompagnement de la transidentité est dispensé à la fois à l'hôpital Erasme et à l'HUDERF constitue une unité organisationnelle et fonctionnelle aisément

identifiable comme telle par les bénéficiaires. Endéans les 2 ans maximum après la date d'entrée en vigueur de la présente convention visée à l'article 44, § 1<sup>er</sup>, les deux sites constituent chacun également une unité architecturale ;

- une concertation entre les membres de l'équipe du centre qui exercent sur le site de l'Hôpital Erasme et les membres de l'équipe du centre qui exercent sur le site de l'HUDERF a lieu au moins une fois tous les deux mois ;
- une réflexion détaillée sur la collaboration entre l'hôpital Erasme et HUDERF dans le cadre de la présente convention est ajoutée chaque année au rapport annuel visé à l'article 29 de la présente convention. En outre, les rapports des moments de concertation bimensuels entre les deux équipes, mentionnés ci-avant, sont ajoutés en annexe au rapport annuel. Ces rapports mentionnent entre autres les sujets de discussion et les personnes présentes lors des concertations ;
- l'Hôpital Erasme et l'HUDERF se présentent aux bénéficiaires de la présente convention comme un seul centre commun pour l'accompagnement de la transidentité ;
- les prestations pour les enfants seront dispensées sur le site de l'HUDERF et les prestations pour les bénéficiaires adultes seront dispensées sur le site de l'hôpital Erasme. La transition des bénéficiaires du site de l'HUDERF vers le site de l'hôpital Erasme peut s'opérer à partir de l'âge de 16 ans jusqu'à l'âge de 19 ans. Dans le cadre de la présente convention, aucune prestation ne peut être dispensée sur le site de l'HUDERF pour les bénéficiaires âgés de 20 ans ou plus. Afin de faciliter une transition en douceur entre l'accompagnement des enfants et des adultes, de gros efforts de concertation seront mis en œuvre et les membres de l'équipe travaillant sur le site de l'HUDERF peuvent être temporairement déployés sur le site de l'hôpital Erasme et inversement ;
- toute la gestion administrative dans le cadre de la présente convention, y compris l'introduction des demandes individuelles de prise en charge dont question à l'article 18, la facturation des prestations, l'établissement du rapport annuel visé à l'article 29, etc. est assurée par l'hôpital Erasme ;
- pour l'application du nombre minimum de bénéficiaires à prendre en charge par le centre par année calendrier visé à l'article 15 § 1<sup>er</sup>, il est tenu compte de la somme des bénéficiaires pris en charge par les deux hôpitaux. Un même bénéficiaire ne peut être comptabilisé qu'une seule fois dans cette somme ;
- la capacité de facturation visée à l'article 20 de la présente convention est d'application pour l'hôpital Erasme et HUDERF ensemble. La somme des prestations dispensées par les deux hôpitaux dans le cadre de la présente convention doit respecter ce nombre maximum ;
- le nombre maximum de prestations remboursables prévu à l'article 21, § 1<sup>er</sup>, par bénéficiaire doit être respecté à la fois par l'hôpital Erasme et par l'HUDERF. La somme des prestations dispensées par les deux hôpitaux dans le cadre de la présente convention pour un bénéficiaire donné ne peut pas dépasser ce nombre maximal ; un seul numéro d'identification s'applique au centre commun d'accompagnement de la transidentité : 7.76.206.85. Toutes les demandes individuelles de prise en charge doivent donc mentionner ce numéro ; tous les contacts entre le centre et l'INAMI et les organismes assureurs se font par l'intermédiaire de l'Hôpital Erasme ; si les dispositions de la présente convention ne sont pas respectées sur l'un des deux sites du centre commun d'accompagnement de la transidentité, le Comité de l'assurance peut à tout moment décider de mettre fin à la convention, sous les conditions prévues à l'article 44, § 2 de la présente convention. Si, après avoir constaté le non-respect de la convention, les organismes assureurs compétents décident de récupérer (en tout ou

en partie) l'intervention de l'assurance dans les prestations, cette récupération sera perçue auprès de l'hôpital Erasme à Anderlecht.

## XII. MESURES TRANSITOIRES POUR LES CENTRES QUI DISPOSAIENT AVANT LE 01/01/2025 DEJA D'UNE CONVENTION POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE (DISPOSITIONS D'APPLICATION UNIQUEMENT POUR LES CENTRES DE L'UZ GENT ET DU CHU DE LIEGE)

### **Article 40.**

**§ 1<sup>er</sup>.** Les accords individuels de prise en charge en cours relatifs à une période couverte en tout ou en partie par la période d'application de la présente convention mais qui ont été accordés dans le cadre de la précédente convention conclue avec le centre d'accompagnement de la transidentité (*convention remplacée par la présente convention à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025*) restent valables dans le cadre de la présente convention et continuent à courir jusqu'à leur date de fin.

**§ 2.** Les bénéficiaires dont l'accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention peuvent bénéficier de la nouvelle prestation prévue par la présente convention et visée à l'article 6, § 3, 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. Pour l'application des dispositions relatives au nombre maximum de séances individuelles à distance remboursables, il ne sera pas tenu compte des « séances par communication vidéo par un psychologue » telles que prévues à l'article 24 de l'AR n° 20 du 13 mai 2020 portant à des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19, qui ont été dispensées dans le cadre de la convention précédente.

### **Article 41.**

Les forfaits médicaments, dont question à l'article 6, § 6 de la précédente convention d'accompagnement de la transidentité conclue avec l'établissement (convention remplacée par la présente convention à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025), ne peuvent être portés en compte que si la période de traitement de 3 mois pour laquelle le forfait médicaments est facturé se situe au moins en partie avant le 1<sup>er</sup> janvier 2025. Les forfaits médicaments dont la période de traitement de 3 mois se situe entièrement après le 31 décembre 2024 ne peuvent pas être portés en compte.

### **Article 42.**

Les demandes de prise en charge réceptionnées par le médecin-conseil au plus tard le 31 janvier 2025 peuvent encore être introduites au moyen de l'ancien modèle de rapport médical

qui était d'application dans le cadre de la précédente convention, qu'il s'agisse d'un nouveau bénéficiaire ou de la prolongation d'une période d'intervention existante.

Les demandes de prise en charge qui concernent une période débutant au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2025 peuvent être introduites au moyen du nouveau modèle de rapport médical visé à l'article 18, § 1<sup>er</sup> de la présente convention et seront traitées selon les dispositions de la présente convention, qu'il s'agisse d'un nouveau bénéficiaire ou de la prolongation d'une période d'intervention existante.

Les demandes de prise en charge réceptionnées par le médecin-conseil à partir du 1<sup>er</sup> février 2025 doivent quoi qu'il en soit être introduites au moyen du nouveau modèle de rapport médical visé à l'article 18, § 1<sup>er</sup> de la présente convention et seront traitées conformément aux dispositions de la présente convention, qu'il s'agisse d'un nouveau bénéficiaire ou de la prolongation d'une période d'intervention existante.

### **Article 43.**

Le rapport annuel relatif à l'année 2024 dont question à l'article 29 de la précédente convention pour l'accompagnement de la transidentité conclue avec le centre entrée en vigueur le XXX et remplacée par la présente convention à compter de la date d'entrée en vigueur visée à l'article 44, § 1<sup>er</sup>, est transmis par le centre sous les conditions prévues à ses dispositions.

## XIII. PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION

### **Article 44.**

**§ 1<sup>er</sup>.** La présente convention, dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2025.

**§ 2.** Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2027 inclus ; 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.** Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci mais ne changent rien à ses dispositions proprement dites. Il s'agit des annexes suivantes :

- *Annexe 1 : Calcul du prix des séances*
- *Annexe 2 : Calcul du prix du forfait soutien*

Fait à Bruxelles le 16 décembre 2024 et signé électroniquement par :

Pour le pouvoir organisateur de Pour le Comité de l'assurance soins de santé  
l'établissement,

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Mickaël DAUBIE  
Directeur-général des soins de santé