



Intersex & Transgender Luxembourg a.s.b.l.

**Analyse des dispositions de la Caisse nationale de santé  
relatives au « syndrome de dysphorie de genre » :**

**Propositions pour une réforme**

Juin 2014



Intersex & Transgender Luxembourg a.s.b.l.  
R.C.S. Luxembourg F 9.565  
Boîte postale : Association Intersex & Transgender Luxembourg, BP 2128, L-1021 Luxembourg  
Siège social: L-1617 Luxembourg, 26, rue de Gasperich,  
Contact : 691 14 10 72 – [tgluxembourg@gmail.com](mailto:tgluxembourg@gmail.com)

La rédaction de ce rapport a été clôturée le 24 juin 2014.

## SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b> .....	7
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	9
<b>II. ASPECTS MEDICAUX</b> .....	13
<b>II.1. La pathologisation remise en cause</b> .....	14
II.1.1. Un contexte international orienté vers la dépathologisation et la dépsychiatriation des variations des identités de genre et des expressions genre .....	14
II.1.2. Approche adoptée dans les statuts de la CNS .....	17
II.1.2.1. Une terminologie pathologisante .....	17
II.1.2.2. Le suivi psychiatrique obligatoire est la clé de voûte du dispositif mis en place .....	18
II.1.3. Proposition pour une terminologie non pathologisante .....	19
II.1.4. Synthèse et recommandation .....	19
<b>II.2. Diagnostic « confirmant la réalité d'une dysphorie de genre »</b> .....	19
II.2.1. Dispositions en cause des statuts .....	19
II.2.2. Analyse .....	19
II.2.2.1. La pathologisation entraîne la psychiatriation .....	19
II.2.2.2. Diagnostic .....	21
II.2.2.3. Le concept de « réalité » .....	21
II.2.2.4. Un système de « confirmation » est-il bien nécessaire ? .....	21
II.2.2.5. Quels sont les objectifs du suivi « d'au moins douze mois » ? .....	22
II.2.2.6. Un diagnostic stigmatisant .....	22
II.2.2.7. Une fonction de diagnostic et d'évaluation aux effets pervers : inhibition de l'expression des doutes .....	22
II.2.2.8. Comment garantir que les traitements hormonaux et chirurgicaux ne seront pas regrettés ? .....	23
II.2.2.8.1. Des chiffres peu fiables .....	23
II.2.2.8.2. Facteurs de protection .....	24
II.2.2.8.3. A qui appartiennent quelles responsabilités ? .....	24
II.2.3. Synthèse et recommandation .....	25
<b>II.3. Diagnostic « excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre »</b> .....	26
II.3.1. Dispositions en cause des statuts .....	26
II.3.2. Analyse .....	26
II.3.2.1. Appréciation de la faculté de discernement .....	26
II.3.2.2. Utilité ou double emploi du diagnostic différentiel ? .....	27
II.3.2.3. Facteurs de protection .....	27
II.3.2.4. Caractère disproportionné du diagnostic différentiel .....	27
II.3.2.5. Responsabilité des médecins .....	28
II.3.3. Synthèse et recommandation .....	28
<b>II.4. La condition d'« expérience en vie réelle »</b> .....	28
II.4.1. Dispositions en cause des statuts .....	28
II.4.2. Précisions terminologiques .....	29
II.4.2.1. Définition de l'« expérience en vie réelle » .....	29
II.4.2.2. Distinction avec le « coming-out » et la « transition » .....	29
II.4.3. Analyse .....	30
II.4.3.1. La condition d'« expérience en vie réelle » avant un traitement hormonal .....	30
II.4.3.2. La condition d'« expérience en vie réelle » avant la « chirurgie de réassignation sexuelle » .....	31

II.4.3.3. Mise à mal du principe de non-malfaisance .....	31
II.4.3.4. Arbitraire .....	32
II.4.3.4.1. Un critère flou de diagnostic .....	32
II.4.3.4.2. Stéréotypes de genre .....	32
II.4.3.4.3. Glissement de l'outil diagnostic à l'instrument de contrôle fondé sur la contrainte ..	33
II.4.4. Synthèse et recommandation .....	34
<b>II.5. Un dispositif conçu comme une succession d'étapes prédéfinies .....</b>	<b>34</b>
II.5.1. Des parcours individuels variables .....	34
II.5.1.1. Condition de l'«expérience en vie réelle » et traitement hormonal .....	34
II.5.1.2. Traitement hormonal avant ou après certaines chirurgies ? .....	34
II.5.1.3. La chirurgie de réassignation génitale n'est pas un passage obligé .....	34
II.5.2. Incompatibilité avec la Convention européenne des droits de l'homme .....	35
II.5.3. Synthèse et recommandation .....	35
<b>II.6. Restriction du libre choix du médecin .....</b>	<b>36</b>
II.6.1. Choix du médecin prescripteur du traitement hormonal .....	36
II.6.2. Choix du/de la chirurgien.ne .....	36
II.6.3. Synthèse et recommandation.....	37
<b>II.7. Régime de l'autorisation préalable .....</b>	<b>37</b>
II.7.1. Régime de l'autorisation préalable pour les traitements hormonaux .....	37
II.7.1.1. Rôle de l'endocrinologue et conséquences pour le CMSS .....	37
II.7.1.2. Rôle du/de la psychiatre et conséquences pour le CMSS .....	38
II.7.1.2.1. Arbitraire .....	38
II.7.1.2.2. Stéréotypes de genre .....	38
II.7.1.2.3. Incompatibilité avec le Code de déontologie médicale .....	38
II.7.1.2.4. Incompatibilité avec la Convention européenne des droits de l'homme .....	39
II.7.2. Opportunité du régime de l'autorisation préalable .....	39
II.7.2.1. Soins au Luxembourg .....	39
II.7.2.2. Soins transfrontaliers .....	39
II.7.2.2.1. Directive 2011/24/UE .....	39
II.7.2.2.2. Projet de loi n° 6554 .....	39
II.7.2.2.3. Remboursement des frais connexes .....	40
II.7.3. Synthèse et recommandation .....	40
<b>II.8. Exclusion de certains actes de la prise en charge .....</b>	<b>41</b>
II.8.1. Epilation de la barbe.....	41
II.8.2. Autres actes.....	41
II.8.3. Synthèse et recommandations .....	42
<b>III. ASPECTS JURIDIQUES .....</b>	<b>43</b>
<b>III.1. Des règles discriminatoires .....</b>	<b>44</b>
III.1.1. Dispositions en cause .....	44
III.1.2. Différence de traitement résultant d'une dérogation au principe de l'autonomie de la volonté .....	44
III.1.2.1. Le principe : l'autonomie de la volonté ou droit à l'auto-détermination en matière de soins de santé .....	44
III.1.2.2. Dérogation au principe de l'autonomie de la volonté : une évaluation psychiatrique obligatoire .....	45
III.1.3. Violation du principe de non-discrimination sur la base du sexe en vertu du droit de l'Union européenne .....	46
III.1.4. Synthèse et recommandation .....	47
<b>III.2. Violation du droit à la vie privée .....</b>	<b>47</b>

III.2.1. Dispositions en cause .....	47
III.2.2. Notion de vie privée au sens de la Convention européenne des droits de l'homme .....	48
III.2.3. Charge de la preuve de la nécessité médicale d'un traitement lorsqu'est en jeu l'un des aspects les plus intimes de la vie privée : l'arrêt Van Kück c. Allemagne .....	48
III.2.3.1. Solution retenue par la Cour européenne des droits de l'homme .....	48
III.2.3.2. Implications de l'arrêt Van Kück c. Allemagne pour les statuts de la CNS .....	49
III.2.3.2.1. Portée du droit à l'auto-détermination de l'identité de genre .....	49
III.2.3.2.2. Preuve de la nécessité médicale des traitements .....	50
III.2.4. Pas d'application mécanique des conditions de prise en charge dans un domaine touchant l'un des aspects les plus intimes de la vie privée : l'arrêt Schlumpf c. Suisse .....	51
III.2.4.1. Solution retenue par la Cour européenne des droits de l'homme .....	51
III.2.4.2. Portée pour les statuts de la CNS .....	51
III.2.5. Synthèse et recommandation .....	51
<b>III.3. Renonciation à un droit protégé par la CEDH .....</b>	<b>52</b>
<b>III.4. Droits et obligations des patient.e.s et des médecins .....</b>	<b>52</b>
III.4.1. Principe : le droit à l'auto-détermination et son corollaire, la coresponsabilité .....	52
III.4.2. Des obligations d'information réciproques des patient.e.s et des médecins .....	53
III.4.2.1. Obligation d'information incombant aux patient.e.s .....	53
III.4.2.2. Obligation d'information incombant aux médecins .....	55
III.4.2.2.1. Contenu de l'information .....	55
III.4.2.2.2. Obligation de vérifier que les informations ont été comprises .....	56
III.4.2.2.3. Information écrite ou orale et charge de la preuve .....	57
III.4.3. Synthèse et recommandation .....	57
<b>IV. ALTERNATIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DES TRAITEMENTS HORMONAUX ET CHIRURGICAUX DES PERSONNES TRANS' .....</b>	<b>59</b>
<b>IV.1. Modèles alternatifs à l'étranger .....</b>	<b>60</b>
IV.1.1. Les réseaux de professionnel.le.s en France .....	60
IV.1.2. La situation spécifique des adolescent.e.s .....	61
IV.1.3. Proposition de loi andalouse .....	62
IV.1.4. Synthèse et recommandations.....	63
<b>IV.2. Règles de bien-traitance et code de bonne conduite administrative .....</b>	<b>63</b>
IV.2.1. Règles de bien-traitance .....	64
IV.2.2. Code de bonne conduite administrative .....	65
IV.2.3. Synthèse et recommandations .....	66
<b>IV.3. Consulter Intersex &amp; Transgender Luxembourg .....</b>	<b>67</b>
<b>IV.4. Pour un moratoire suspensif des dispositions des statuts de la CNS sur le « syndrome de dysphorie de genre » .....</b>	<b>67</b>
<b>V. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS : POUR UN NOUVEAU MODÈLE DE PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>69</b>
<b>VI. ANNEXES .....</b>	<b>73</b>
Glossaire .....	74
Références bibliographiques .....	79



## PREAMBULE

Notre souhait en écrivant ce rapport est que les personnes trans' soient honorées et valorisées, et qu'elles aient une autonomie de décision dans tous les domaines de leur vie. Les questions médicales font partie d'un tout complexe lié à la place des personnes trans' dans notre société, pour l'instant encore souvent marquée par l'exclusion et la psychopathologisation. Des changements sont en cours et ce rapport a pour but de contribuer à l'émergence de nouvelles perspectives sur et pour les personnes trans'.



## I. INTRODUCTION

1. Depuis décembre 2013, des affilié.e.s de la Caisse nationale de santé (ci-après la « CNS ») se sont adressé.e.s à Intersex & Transgender Luxembourg en raison des incertitudes pesant sur le remboursement des frais médicaux relatifs à leurs traitements hormonaux et/ou chirurgicaux venant au soutien d'un changement de rôle social de genre ; ces personnes trans ' avaient été informé.e.s par le personnel de la CNS de l'entrée en vigueur d'une nouvelle réglementation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

#### Définitions <sup>1</sup>

2. Les « personnes trans ' » peuvent être définies comme les personnes dont le sexe assigné à la naissance diffère de l'auto-perception, de l'identité de genre et/ou de l'expression de genre, alors que leurs organes sexuels sont considérés comme étant féminins ou masculins d'après les normes de sexe généralement admises.

3. L'« auto-perception » est, littéralement, la façon dont on se perçoit soi-même. Appliquée aux personnes trans', la notion d'auto-perception désigne la façon dont une personne se perçoit par rapport à son sexe d'assignation. S'agissant des enfants dits « trans ' », la notion d'auto-perception est particulièrement utile, parce que les enfants n'utilisent pas nécessairement le terme « trans ' » pour se définir. Partir de l'auto-perception de l'enfant permet de ne pas tenter de faire cadrer celui-ci avec des catégories préétablies qui sont étrangères à son expérience, mais d'écouter au plus près sa parole et les termes qu'il emploie pour décrire son ressenti. Cette approche consiste à prendre au sérieux ce que l'enfant exprime et souhaite.

4. L'« identité de genre » peut être définie comme le sentiment d'appartenance personnelle au genre féminin, masculin ou à un autre genre redéfini individuellement, que cela corresponde ou non au sexe assigné à la naissance. Plus précisément, les *Principes de Jogjakarta* (2007, p. 6) définissent l'identité de genre comme faisant référence à « l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres) et d'autres expressions du genre, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire ».

5. L'« expression de genre » peut être définie comme un ensemble de signes, visibles pour l'entourage, associés à l'appartenance à un genre (féminin, masculin, ou autre redéfini individuellement). Il peut s'agir, entre autres, de la façon de parler, de se comporter, de se vêtir. Ce concept permet de distinguer le ressenti d'une personne concernant son identité de genre par rapport à ce qu'elle manifeste dans son aspect extérieur.

6. Enfin, le « modèle binaire du genre » est un système de représentations normatif fondé sur l'idée simpliste d'une dichotomie de deux sexes définis biologiquement, qui s'excluent mutuellement, auxquels différents rôles et comportements sont attribués traditionnellement <sup>2</sup>. Cette dichotomie est une apparence et ne reflète pas la diversité des situations individuelles, c'est-à-dire les variations au niveau biologique, psychique et social. Ces trois niveaux font l'objet de constructions et de réinterprétations permanentes.

7. Selon les affilié.e.s de la CNS, les incertitudes concernant le remboursement des frais médicaux auraient été liées principalement aux aspects suivants :

- 1) Refus oral de prise en charge sur le fondement d'une réglementation qui allait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.
- 2) Absence de motivation écrite du refus <sup>3</sup>.
- 3) D'après les affilié.e.s, les motifs de refus suivants auraient été invoqués oralement :
  - a. Caractère incomplet ou insuffisamment précis des attestations psychiatriques fournies, sans indication précise de ce qui manquait (au motif que le/la psychiatre « saurait quoi écrire »).
  - b. Cessation à l'avenir de la prise en charge de la thérapie hormonale pour les mineur.e.s (alors que cela était possible auparavant après un examen médical adéquat).
  - c. Caractère illégal du traitement hormonal auparavant.
  - d. Absence d'urgence ou d'importance de la demande de prise en charge.
  - e. Contestation, par le personnel du Contrôle médical de la Sécurité sociale (ci-après le « CMSS »), de ressentis subjectifs et/ou de la maturité des affilié.e.s.
  - f. Restriction du libre choix du médecin, même renommé dans son domaine.
  - g. Les personnes trans' auraient été invitées à se conformer aux stéréotypes de genre (par exemple, se maquiller et porter des jupes) par le personnel du CMSS.

<sup>1</sup> La terminologie n'est pas définitivement fixée dans ce domaine et varie selon les auteur.e.s, les pays et les langues.

<sup>2</sup> Agius/Tobler (2012, p. 9-15).

<sup>3</sup> Le projet de loi n° 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la Sécurité sociale prévoit d'instaurer une obligation de motivation des avis du CMSS (Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg 2014).

8. Par ailleurs, certaines femmes trans<sup>4</sup> ont rapporté que le personnel du CMSS se serait adressé à elles au masculin. Il s'agit d'une question très sensible pour les personnes trans<sup>5</sup>. Même si leur aspect physique n'est pas (ou pas encore) en corrélation avec leur identité de genre, elles souhaitent généralement être traitées conformément à leur identité de genre. Pour savoir comment elles souhaitent qu'on s'adresse à elles, l'unique moyen est de le leur demander.
9. Certain.e.s affilié.e.s ont informé Intersex and Transgender Luxembourg qu'après des demandes d'éclaircissement de leur part, leur situation se serait réglée<sup>5</sup>.
10. La future réglementation annoncée aux affilié.e.s était la modification des statuts de la CNS, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014<sup>6</sup>, par laquelle des dispositions nouvelles sur le « syndrome de dysphorie de genre » ont été insérées.
11. Ces nouvelles dispositions ont pour but de régir les situations dans lesquelles les personnes trans<sup>7</sup> demandent la prise en charge par l'assurance maladie de traitements hormonaux et chirurgicaux pour que l'aspect de leur corps soit adapté à leur genre ressenti, dans le sens « femme vers homme » (« Female to Male » ou « FtM ») ou « homme vers femme » (« Male to Female » ou « MtF »).
12. Il est très positif que les statuts de la CNS consacrent implicitement le droit au remboursement des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans<sup>7</sup>, conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme<sup>7</sup>, et prévoient le remboursement des traitements hormonaux en dehors du cadre couvert par l'autorisation de mise sur le marché.
13. Auparavant, les statuts de la CNS ne comportaient aucune disposition spécifique sur la « dysphorie de genre » ou une catégorie équivalente, mais la prise en charge était néanmoins assurée.
14. Pour les affilié.e.s ayant contacté Intersex & Transgender Luxembourg à cet égard, la nouvelle réglementation avait des conséquences préjudiciables, telles que l'inscription de la psychiatisation<sup>8</sup> dans les statuts de la CNS et la procédure d'« expérience en vie réelle »<sup>9</sup> susceptible d'entraîner des *coming-out*<sup>10</sup> non désirés et potentiellement dangereux.
15. Le dispositif mis en place par les statuts de la CNS s'inspire de protocoles médicaux utilisés par certaines équipes médicales à l'étranger, cependant ces protocoles ont fait l'objet de critiques sérieuses de la part de patient.e.s, de professionnel.le.s de la santé et d'instances internationales chargées de la protection des droits humains, que nous présenterons lorsqu'elles sont aussi applicables aux statuts de la CNS.
16. Ce document a pour but d'analyser les conséquences pour les personnes trans<sup>7</sup> de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions des statuts sous un angle médical et juridique, et de proposer des solutions alternatives respectueuses des droits des personnes tout en tenant compte des impératifs auxquels sont soumis les médecins.
17. Sachant que la thématique dont il est question est complexe, qu'il existe peu de documents de référence en langue française ou allemande et que, lorsqu'ils existent, ils sont difficiles d'accès parce qu'ils relèvent de plusieurs disciplines, nous avons choisi de rédiger un rapport détaillé pour présenter des informations que les auteur.e.s des statuts de la CNS ne pouvaient pas avoir à leur disposition au moment de la modification des statuts. Les thèmes abordés dans ce document sont généralement l'affaire de spécialistes et la population concernée (les personnes trans<sup>7</sup>) est peu visible, ce qui accentue les difficultés d'accès aux informations.
18. Des recherches spécifiques ont donc été réalisées en vue de rassembler dans ce rapport des informations pluridisciplinaires et de formuler des propositions réalistes, pouvant servir de base à une discussion et à une modification des statuts de la CNS. En effet, **les nouveaux statuts de la CNS apportent des changements majeurs par rapport à la situation antérieure et comportent plusieurs aspects extrêmement préoccupants, qui remettent en cause des droits fondamentaux tels que le droit à l'intégrité psychique, à l'auto-détermination, au respect de la vie privée et à l'égalité de traitement.**

---

<sup>4</sup> Une femme trans<sup>7</sup> est une femme dont le sexe d'assignation, masculin, diverge de l'auto-perception ou de l'identité de genre, qui est, quant à elle, féminine. Le féminin est de rigueur pour s'adresser à une femme trans<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Etant donné que les personnes trans<sup>7</sup> constituent un groupe vulnérable, confronté au rejet social de façon répétée, nous ne citerons aucun extrait des témoignages écrits que nous avons reçus, pour protéger l'anonymat des personnes, mais nous prendrons des exemples voisins empruntés à d'autres pays, illustrant les problématiques rencontrées au Luxembourg.

<sup>6</sup> *Mémorial* du 30 décembre 2013, A N° 232, Caisse nationale de santé - Statuts, p. 4301.  
<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2013/0232/a232.pdf> [consulté le 19.02.2014].

<sup>7</sup> Voir, notamment, arrêts Van Kück c. Allemagne et Schlumpf c. Suisse (rubrique III.2. : « Violation du droit à la vie privée »).

<sup>8</sup> La psychiatisation est à entendre ici à la fois comme le fait de considérer les identités de genre comme des pathologies et de soumettre les personnes trans<sup>7</sup> à un suivi psychiatrique.

<sup>9</sup> Voir rubrique II.4. : « La condition d'« expérience en vie réelle » ».

<sup>10</sup> Le « coming-out » peut être défini comme le « fait de révéler quelque chose d'intime et de gardé secret à une personne qui n'était pas informée. Fait, par exemple, de révéler sa transidentité [...] à un-e partenaire, à un-e ami-e ou à son employeur » (Augst-Merelle/Nicot 2006, p. 178-179).

19. Th. Hammarberg, alors Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, a souligné dans son rapport *Droits de l'homme et identité de genre* (Hammarberg, 2009) :

*« [...] beaucoup de classifications médicales nationales et internationales prévoient qu'un diagnostic de troubles mentaux doit être posé dans le cas des personnes transgenres, diagnostic qui peut devenir un obstacle à l'exercice de leurs droits fondamentaux, notamment lorsqu'il sert à limiter leur capacité juridique ou à leur imposer un traitement médical ».*

20. Etant donné que la nouvelle réglementation de la CNS sur le « syndrome de dysphorie de genre » enfreint des droits fondamentaux des personnes trans', **Intersex & Transgender Luxembourg demande l'adoption d'un moratoire suspendant l'application du point 15) de l'annexe C des statuts de la CNS et une prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' sur la base de principes respectant leurs droits fondamentaux.**

21. Le point 15), de l'annexe C, des statuts de la CNS entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014 est reproduit ci-dessous.

**Statuts de la Caisse nationale de santé : dispositions sur la prise en charge du « syndrome de dysphorie de genre »**

Point 15) de l'annexe C des statuts de la CNS : « Liste limitative des affections, des traitements et des moyens de diagnostic exclus de la prise en charge, prévue à l'article 12 des statuts »

« 15) (1) La prise en charge des soins liés au syndrome de dysphorie de genre est limitée aux actes et services liés à l'accompagnement psychiatrique, aux médicaments prescrits et délivrés dans le cadre de l'hormonosubstitution et à la chirurgie de réassignation sexuelle (exclusivement pelvienne et mammaire) et se fait aux conditions et selon les modalités prévues ci-après.

Sont exclus de la prise en charge par l'assurance maladie les soins à visée esthétique (épilation, chirurgie de féminisation ou de masculinisation du visage et du cou, sculpture du tronc et des membres).

(2) La prise en charge des soins liés au syndrome de dysphorie de genre se fait sous la surveillance du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette surveillance fonde sur un rapport médical initial détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie confirmant la réalité d'une dysphorie de genre, excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre. La surveillance par le Contrôle médical de la sécurité sociale se fait tout au long de la délivrance des soins sur base des rapports médicaux et conditionne, le cas échéant, la prise en charge des étapes ultérieures du traitement.

(3) Par dérogation à l'article 105 des statuts de la Caisse nationale de santé, la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale prend en charge les médicaments prescrits et délivrés en vue de l'hormonosubstitution dans le cadre d'un traitement du syndrome de dysphorie de genre en dehors du cadre couvert par l'autorisation de mise sur le marché. L'avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de l'initialisation de l'hormonosubstitution fonde sur :

1. le rapport médical détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie documentant le suivi de la personne protégée au cours de son expérience en vie réelle pendant la durée d'au moins douze mois permettant au Contrôle médical de la sécurité sociale de conclure au caractère indispensable du traitement médicamenteux envisagé ;

2. une prescription et un rapport endocrinien établis par un médecin spécialiste en endocrinologie. Le rapport doit comporter le plan de traitement pour une période initiale de 12 mois.

Sauf avis contraire du Contrôle médical de la sécurité sociale, toute demande d'autorisation de prolongation de prise en charge de l'hormonosubstitution dans le cadre d'un traitement du syndrome de dysphorie de genre doit être accompagnée des rapports susmentionnés actualisés.

(4) La prise en charge par l'assurance maladie de la chirurgie de réassignation sexuelle est subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. La Caisse nationale de santé fonde sa décision sur la transmission préalablement au commencement du traitement chirurgical d'une demande d'autorisation de traitement à l'étranger appuyée à l'adresse du Contrôle médical de la sécurité sociale d'un rapport détaillé et documenté établi par un médecin spécialiste en chirurgie plastique exerçant dans un centre spécialisé en chirurgie de réassignation sexuelle, spécifiant les étapes du traitement subies et à subir par la personne protégée et les coûts du traitement chirurgical envisagé. »

## **II. ASPECTS MEDICAUX**

22. Nous analyserons dans cette partie les aspects médicaux des nouvelles dispositions des statuts de la CNS sur le « syndrome de dysphorie de genre ».

## II.1. La pathologisation remise en cause

---

23. La question de la prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' est au cœur de discussions complexes à l'échelle internationale, que nous évoquerons dans les grandes lignes pour replacer les statuts de la CNS dans leur contexte.

### II.1.1. Un contexte international orienté vers la dépathologisation et la dépsychiatisation des variations des identités de genre et des expressions de genre

---

24. Le contexte international actuel est marqué par les débats <sup>11</sup> sur le rôle de la psychiatrie, d'une part, et sur la dépathologisation <sup>12</sup> et la dépsychiatisation <sup>13</sup> des variations des identités de genre et expressions de genre, d'autre part.

25. Les débats sur le rôle de la psychiatrie mettent en évidence le fait que « tous les diagnostics cliniques et systèmes de classification sont basés tout autant sur des valeurs et jugements sociaux que sur des données scientifiques » <sup>14</sup> et que la psychiatrie ne doit pas élargir son champ d'action de façon illimitée mais se cantonner au strict nécessaire (Frances 2013) <sup>15</sup>.

26. Des concepts différents ont été utilisés depuis plusieurs décennies pour désigner les variations des identités ou des expressions de genre dans un sens pathologique, tels que « dysphorie de genre » ou « transsexualisme ». « Dysphorie de genre » est employé dans la version du DSM <sup>16</sup> adoptée en 2013 (5<sup>e</sup> édition, ou encore « DSM-5 »), qui est la classification des troubles mentaux élaborée par l'American Psychiatric Association (APA), et le « transsexualisme » est le concept figurant (pour l'instant tout du moins) dans la *Classification Internationale des Maladies*, 10<sup>e</sup> édition (CIM-10), adoptée en 1992 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS); la prochaine révision est attendue pour 2015.

27. A titre de comparaison, les définitions de la « dysphorie de genre » et du « transsexualisme » figurant actuellement dans les classifications sont reproduites ci-après.

#### *La « dysphorie de genre chez les adultes et les adolescents » dans le DSM-5*

302.85 : « A. Une non-concordance marquée entre le genre tel qu'il est expérimenté/exprimé et le sexe assigné, pendant au moins 6 mois, et qui se manifeste par au moins deux des indicateurs suivants :

1. Une non-concordance marquée entre le genre tel qu'il est expérimenté/exprimé et les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou, chez les jeunes adolescents, les caractéristiques sexuelles secondaires anticipées).

2. Un fort désir d'être débarrassé de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une non-concordance marquée avec le genre tel qu'il est expérimenté/exprimé (ou, chez les jeunes adolescents, un désir de prévenir le développement des caractéristiques sexuelles secondaires anticipées).

3. Un fort désir concernant les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.

4. Un fort désir d'appartenir à l'autre sexe (ou à un sexe alternatif différent du sexe assigné).

5. Un fort désir d'être traité comme quelqu'un de l'autre sexe (ou d'un sexe alternatif différent du sexe assigné).

6. Une forte conviction d'avoir des sentiments et des réactions typiques de l'autre sexe (ou d'un sexe alternatif différent du sexe assigné).

B. La condition est associée à une détresse cliniquement significative ou à une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres aspects importants du fonctionnement.

[...] »

---

<sup>11</sup> Voir, notamment : Drescher (2010), Drescher/Cohen-Kettenis/Winter (2012), Lehnert (2014), Macé (2011), Motmans (2009), Thomas/Espineira/Alessandrin (2013), Zucker e.a. (2013).

<sup>12</sup> Dans ce contexte, la dépathologisation renvoie au fait de ne plus considérer les identités et les expressions de genre comme des maladies.

<sup>13</sup> En l'occurrence, la dépsychiatisation signifie le retrait des identités et expressions de genre atypiques du champ de la psychiatrie.

<sup>14</sup> Klerman 1987, p. 3, cité par Langer/Martin 2004, p. 9 (traduction à partir de l'anglais).

<sup>15</sup> Le même raisonnement s'applique d'ailleurs à la psychologie clinique.

<sup>16</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)*.

*Le « transsexualisme » dans la CIM-10*

*F64.0 : « Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré »<sup>17</sup>.*

28. Différents pays utilisent l'une ou l'autre de ces classifications, parfois en les combinant, pour la prise en charge des soins de santé ou de santé mentale par leur système de sécurité sociale. La « dysphorie de genre » et le « transsexualisme » sont des *diagnostics* – et donc des concepts médicaux – servant de base au remboursement des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans'. Tous deux sont au cœur de vives discussions. Les deux classifications (CIM et DSM) s'influencent mutuellement et les discussions sur les catégories diagnostiques de l'une se reflètent sur l'autre. Le « transsexualisme » et la « dysphorie de genre » n'y font pas exception.

29. Nous ne reviendrons pas dans le détail sur la notion de « transsexualisme », dans la mesure où elle n'est pas utilisée dans les statuts de la CNS, pour nous concentrer sur la « dysphorie de genre ».

30. Avant la « dysphorie de genre », la catégorie diagnostique utilisée dans le DSM était le « trouble de l'identité de genre » (« Gender Identity Disorder »). Pour la version actuelle du DSM, ses auteur.e.s ont délaissé le terme « trouble » dans le but explicite d'abandonner toute référence pathologisante à la non-conformité aux normes de genre. Sur le site Internet du DSM-5, on peut lire : « Il est important de noter que la non-conformité de genre (« gender nonconformity ») n'est pas en soi un trouble mental » (American Psychiatric Publishing 2013).

31. Dans le DSM-5, la nouvelle catégorie diagnostique « dysphorie de genre » reflète l'intention des auteur.e.s :

- d'une part, de souligner qu'une identité de genre « atypique » n'est pas considérée elle-même comme pathologique (Zucker e.a. 2013, p. 902) ;
- et d'autre part, de tenir compte de la variété des identités de genre et des expressions de genre ; le DSM-5 abandonne l'ancienne formulation d'« identification au sexe opposé », dans la mesure où « un concept de l'identité de genre strictement binaire n'est plus conforme à l'éventail des variations de l'identité de genre » rencontré par les médecins (Zucker e.a. 2013, p. 902).

32. Dans le cadre de la révision récente du DSM (2013) et de la CIM (en cours), les discussions sur la dépathologisation et sur la dépsychiatisation des variations des identités ou des expressions de genre se sont articulées autour de quatre arguments principaux.

33. En premier lieu, le fait qu'une identité de genre ou une expression de genre soit perçue comme « atypique » n'implique pas en soi qu'elle soit pathologique et il n'existe aucun critère scientifiquement validé pour déterminer où se situerait la limite entre le normal et le pathologique à cet égard (Drescher/Cohen-Kettenis/Winter 2012, Langer/Martin 2004, Rettew 2012).

34. En second lieu, les symptômes tels que la « détresse », la « souffrance » et le « dysfonctionnement » social sous-jacents à la conception actuelle des diagnostics psychiatriques utilisés pour désigner les identités ou expressions de genre « atypiques » ne sont pas universellement applicables, puisque toutes les personnes trans' ne présentent pas ces symptômes (Alessandrin 2013, Drescher/Cohen-Kettenis/Winter 2012, p. 573, Reucher 2009).

35. En troisième lieu, plusieurs auteur.e.s soutiennent que c'est le rejet social qui crée, le cas échéant, la détresse et autres symptômes psychiques, et non pas la dysphorie de genre en soi (Langer/Martin 2004, Lev 2005, Wilson/Griffin/Wren 2002).

36. Enfin, un certain nombre d'auteur.e.s ont souligné que les catégories diagnostiques qui ont précédé la « dysphorie de genre » dans le DSM reposaient sur une conception stéréotypée du féminin et du masculin (Bryant 2006, Langer/Martin 2004, Lev 2005, Wilson/Griffin/Wren 2002), ce qui biaise nécessairement toute évaluation psychiatrique à cet égard.

---

<sup>17</sup> Nous renvoyons au commentaire d'Hérault (2004) sur les incohérences découlant de cette conceptualisation du transsexualisme : « Cette définition apparemment simple du syndrome est cependant problématique<sup>E</sup> dans la mesure où elle associe l'absence de pathologies reconnues à la fermeté d'une requête. Ce faisant, elle plonge les protagonistes de cette histoire dans une situation assez paradoxale. Les médecins, tout d'abord, qui doivent à la fois s'assurer de la stabilité de la demande de transformation et montrer que leur client est normal afin d'en faire un patient atteint du syndrome de Benjamin (et donc éventuellement opérable) ; les transsexuels également, qui, même s'ils ne demandent qu'une intervention technique, se voient dans l'obligation de prouver leur normalité tout en devant endosser, bon gré mal gré, la panoplie du malade (s'ils veulent avoir quelques chances d'accéder à la transformation qu'ils souhaitent et s'ils veulent, en outre, que leur traitement soit financièrement pris en charge par une caisse d'assurance-maladie) ». Par ailleurs, les « Directives pour le diagnostic » énoncent : « Pour faire ce diagnostic, l'identité de type transsexuelle doit avoir été présente d'une manière persistante pendant au moins 2 ans, ne pas être un symptôme d'un autre trouble mental tel qu'une schizophrénie, et ne pas être associée à une autre anomalie sexuelle génétique ou chromosomique ». Le délai de deux ans est arbitraire et une personne atteinte d'un trouble mental tel que la schizophrénie peut être trans' : lui refuser la prise en charge serait discriminatoire (voir rubrique II.3. : « Diagnostic 'excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre' »).

37. Il faut ajouter à ce qui précède la volonté de réduire la stigmatisation liée à un diagnostic psychiatrique :

« *La psychopathologisation des caractéristiques liées au genre et des identités renforce ou peut créer un stigmate* <sup>18</sup> *alimentant les préjugés et la discrimination, rendant les personnes transgenres et transsexuelles plus vulnérables à la marginalisation et à l'exclusion sociale et juridique, tout en augmentant les risques pour leur bien-être physique et mental (agressions physiques et psychiques, exclusion, solitude, isolement...)* » <sup>19</sup> (Parlamento de Andalucía 2014, p. 5).

38. Drescher/Cohen-Kettenis/Winter (2012, p. 573) soulignent la double stigmatisation pesant sur les personnes trans<sup>4</sup>, à savoir celle liée au fait d'être trans<sup>5</sup> et celle liée au diagnostic psychiatrique.

39. Comme l'a souligné Hammarberg (2009, p. 23), les « classifications [des maladies] posent problème et sont de plus en plus mises en cause par les acteurs de la société civile <sup>35</sup> et les professionnels de santé <sup>36</sup> ».

40. Une raison fondamentale amène toutefois les auteur.e.s des classifications internationales à y maintenir la catégorie de la « dysphorie de genre » ou du « transsexualisme », à savoir qu'ils/elles considèrent le remboursement des soins de santé qui y sont associés comme étant légitime (tel a été le cas du DSM-5 lors de sa révision en 2013). Les discussions actuelles sur le retrait du transsexualisme/de la dysphorie de genre de la catégorie des maladies mentales sont indissociables de cette préoccupation (Drescher/Cohen-Kettenis/Winter 2012).

41. La position d'Hammarberg (2009, p. 24) à ce sujet est que, « [d]u point de vue des droits de l'homme et de la santé, il n'est en rien nécessaire de diagnostiquer un trouble mental pour donner accès à un traitement lorsque le besoin s'en fait sentir ». Hammarberg recommande « d'étudier d'autres classifications en concertation étroite avec les personnes transgenres et leurs organisations » (p. 24).

42. La *Classification internationale des maladies* est en cours de révision au sein de l'OMS et offre d'autres possibilités de catégorisation que le DSM, étant donné que, contrairement à celui-ci, elle ne porte pas seulement sur des pathologies mentales. Le groupe de travail chargé d'examiner le diagnostic « transsexualisme » a proposé, d'une part, de le renommer en « non-concordance de genre » (« gender incongruence ») et de placer le nouveau diagnostic dans une catégorie autre que celle des maladies mentales (par exemple, dans un chapitre à part), pour permettre le maintien du remboursement des frais médicaux associés (Drescher/Cohen-Kettenis/Winter 2012).

43. Au Danemark, il ne sera plus enseigné aux étudiant.e.s en médecine que la transsexualité est un trouble mental, selon les affirmations de Thorkil Sørensen, psychiatre responsable du chapitre sur la transsexualité du manuel destiné aux étudiant.e.s en médecine. D'après lui : « **Si ce n'est pas vécu comme un trouble, alors cela ne devrait pas être défini comme un trouble** » (c'est nous qui soulignons) [Stanners 2013]. De façon cohérente, la loi adoptée le 11 juin 2014 par le Parlement danois prévoit qu'il ne sera exigé ni un diagnostic psychiatrique, ni une évaluation psychologique ou psychiatrique pour la rectification de la mention du sexe à l'état civil (Amnesty International 2014a).

44. Comme le montre l'exemple du Danemark, les discussions évoquées ci-dessus ont débordé la sphère médicale pour entrer dans les sphères politique et juridique ; de même, des institutions de défense des droits humains se sont saisies de la question. Diverses mesures ou initiatives ont été prises, dont voici quelques exemples.

45. Les *Principes de Jogjakarta* (2007) ont affirmé :

« *Principe 18 – Protection contre les abus médicaux*  
**Nul ne peut être forcé de subir une quelconque forme de traitement, de protocole ou de test médical ou psychologique, ou d'être enfermé dans un établissement médical, en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre. En dépit de toute classification allant dans le sens contraire, l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne ne sont pas en soi des maladies et ne doivent pas être traitées, soignées ou supprimées** » (c'est nous qui soulignons).

46. Aux Nations Unies, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2011, point 26) a jugé « préoccupant que les personnes transsexuelles et transgenres soient souvent assimilées à des personnes souffrant de maladie mentale » <sup>20</sup>.

47. Quant au Parlement européen (2011), il a adopté une résolution « sur les droits de l'homme, l'orientation sexuelle et l'identité de genre aux Nations unies », dans laquelle il :

---

<sup>18</sup> Le stigmate peut être défini comme un « attribut qui jette un discrédit profond sur celui qui le porte » (Goffman 1963, 1975, 13) ; « le stigmate n'est pas un attribut en soi : il se définit dans le regard d'autrui. Il renvoie à l'écart à la norme : toute personne qui ne correspond pas à ce qu'on attend d'une personne considérée comme 'normale' est susceptible d'être stigmatisée. Le stigmate s'analyse donc en termes relationnels. Il renvoie autant qu'à la catégorie à proprement parler qu'aux réactions sociales qu'elle suscite et aux efforts du stigmatisé pour y échapper » (Paugam 2010).

<sup>19</sup> Traduction à partir de l'espagnol.

<sup>20</sup> N.B. : la version originale anglaise comporte le terme « inter-sexed » à la place du terme « transgenre ».

« 13. condamne fermement le fait que l'homosexualité, la bisexualité et la transsexualité soient encore perçues par certains pays, y compris au sein de l'Union, comme des maladies mentales et appelle les différents États à lutter contre ce phénomène; **demande en particulier la dépsychiatisation du parcours transsexuel, transgenre, le libre choix de l'équipe soignante, la simplification du changement d'identité et une prise en charge des coûts par la sécurité sociale** » (c'est nous qui soulignons).

48. Par ailleurs, plusieurs ONG ont recommandé la dépathologisation des identités trans'. Notamment, Human Rights Watch (2011) a recommandé à l'American Psychiatric Association de « veiller à ce que le diagnostic de dysphorie de genre figurant dans la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) ne pathologise pas les identités trans' »<sup>21</sup>. Amnesty International (2013, p. 8) s'est aussi prononcée dans le même sens :

« **Amnesty International est en faveur du retrait de l'identité de genre dans la classification internationale des maladies mentales** : classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie ».

« Il est cependant important de réitérer que la classification des aspects relatifs à la santé des personnes transgenres doit être pensée de manière à **ne pas les stigmatiser, de faciliter leur accès à la santé et de s'assurer que les soins spécifiques, tels que les traitements hormonaux et les opérations de réassignation de genre** soient inclus dans le système de sécurité sociale conformément aux recommandations de l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (WPATH) » (c'est nous qui soulignons).

49. Malgré ce contexte international caractérisé par un mouvement vers la dépathologisation et la dépsychiatisation des variations des expressions et identités de genre, l'approche adoptée dans les statuts de la CNS fin 2013 s'inscrit dans une perspective pathologisante et psychiatisante.

## II.1.2. Approche adoptée dans les statuts de la CNS

### II.1.2.1. Une terminologie pathologisante

50. Les formulations « syndrome de dysphorie de genre » et « dysphorie de genre » sont utilisées alternativement dans les statuts de la CNS mais n'y sont pas définies.

51. Le terme « dysphorie » a un contenu flou et une connotation pathologique, dans la mesure où il est utilisé par ailleurs en psychopathologie<sup>22</sup>. Il s'agit d'un concept médical signifiant « inquiétude, mal-être ; agitation malade » (Quevauvilliers 2009). Selon Starcevic (2007) : « L'état actuel de la sémantique sur la dysphorie est plus qu'insatisfaisante. Ses définitions sont généralement trop larges ou trop simplistes et, par conséquent, cliniquement inutiles. Personne n'est d'accord sur la signification de ce terme »<sup>23</sup>.

52. Le concept « syndrome de dysphorie de genre » n'est pas employé en tant que tel dans la littérature scientifique internationale ou dans les classifications internationales. On ne peut que formuler des hypothèses sur l'ajout du terme « syndrome »<sup>24</sup>. Cependant, il semblerait que cela revienne à inscrire ostensiblement la prise en charge effectuée par la CNS dans le cadre d'une approche considérant les variations de l'identité ou de l'expression de genre comme pathologiques.

53. Pour ce qui est du contenu exact de la notion de « dysphorie de genre », il a évolué depuis son apparition. On peut raisonnablement penser que les statuts de la CNS renvoient implicitement au DSM-5, adopté en 2013. Si l'on analyse le contenu de la notion de « dysphorie de genre » telle qu'elle est conceptualisée dans le DSM-5, cette notion pose problème non seulement en raison de son caractère pathologisant, mais également en raison du critère de la détresse.

54. Selon le commentaire figurant sur le site de l'APA, auteure du DSM : « L'élément décisif de la dysphorie de genre est la présence d'une détresse cliniquement significative associée à cet état »<sup>25</sup> (American Psychiatric Publishing 2013).

55. Cela revient à poser comme condition d'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux une détresse ou une souffrance. Or, cela ne correspond pas à toutes les situations. Nous en distinguerons cinq :

1. certaines personnes trans' ne souffrent pas de leur transidentité ;

<sup>21</sup> Traduction à partir de l'anglais.

<sup>22</sup> Pour l'Allemagne, voir Nieder/Briken/Richter-Appelt 2014, p. 376.

<sup>23</sup> Traduction réalisée par Nadine (2014).

<sup>24</sup> Un « syndrome » peut être défini comme un « cadre clinique ou ensemble de symptômes et de signes qui constituent une entité et qui définissent cliniquement un état morbide déterminé. Il est souvent difficile de faire une distinction sémantique entre syndrome et maladie » (Quevauvilliers 2009). Dans son sens médical, « morbide » signifie : « qui souffre d'une maladie ou qui l'occasionne » (Quevauvilliers 2009).

<sup>25</sup> Traduction à partir de l'anglais.

2. certaines en souffrent ;
3. certaines personnes trans' souffrent de la non-reconnaissance de leur transidentité par les tiers (parents, pairs, école, etc.) ;
4. certaines personnes trans' souffrent de la transphobie <sup>26</sup>;
5. certaines personnes, qui ne souffraient pas à l'origine, demandent à suivre des traitements hormonaux et chirurgicaux qui leur sont refusés et la souffrance apparaît à ce moment. Reucher (2009, p. 4) en donne un exemple : « Une personne ayant besoin d'un 'étiquetage' trans' alors qu'elle sait son problème consulte pendant plus de 6 ans une équipe médicale hospitalière sans obtenir ce qu'elle venait y chercher. Le 'psy' de l'équipe lui dit qu'elle ne souffre pas et que de ce fait elle ne peut prétendre à un traitement hormonal et chirurgical. Elle finit par devenir dépressive et me demander de l'aide en 2009. Je l'ai orientée vers des médecins en ville (psychiatre et endocrinologue) où elle a été prise en charge ». Dans un tel cas, il s'agit d'une souffrance iatrogène, c'est-à-dire induite par les médecins.

56. L'absence de souffrance ou de détresse ne doit pas conduire à un refus de prise en charge. Les conséquences d'un refus de prise en charge doivent être prises en compte au même titre que les conséquences d'une prise en charge. *Le refus n'est pas une décision neutre* car il peut provoquer une souffrance iatrogène ou renforcer une souffrance préexistante.

### II.1.2.2. Le suivi psychiatrique obligatoire est la clé de voûte du dispositif mis en place

57. L'intervention d'un.e psychiatre est posée par les statuts de la CNS comme une condition préalable aux traitements hormonaux et chirurgicaux. Selon le point 15) de l'annexe C des statuts :

*(2) La prise en charge des soins liés au syndrome de dysphorie de genre se fait sous la surveillance du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette surveillance fonde sur un **rapport médical initial détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie** confirmant la réalité d'une dysphorie de genre, excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre. La surveillance par le Contrôle médical de la sécurité sociale se fait tout au long de la délivrance des soins sur base des rapports médicaux et conditionne, le cas échéant, la prise en charge des étapes ultérieures du traitement.*

*(3) [...] L'avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale **en vue de l'initialisation de l'hormonothérapie** fonde sur :*

1. *le **rapport médical détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie** documentant le suivi de la personne protégée au cours de son expérience en vie réelle pendant la durée d'au moins douze mois permettant au Contrôle médical de la sécurité sociale de conclure au caractère indispensable du traitement médicamenteux envisagé. (C'est nous qui soulignons.)*
2. *[...] »*

58. Le rapport initial du/de la psychiatre est le « sésame » qui ouvre droit au traitement hormonal et chirurgical. Les statuts spécifient ce qui est attendu des psychiatres :

1. poser un diagnostic « confirmant la réalité d'une dysphorie de genre » ;
2. exclure « toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre » ;
3. pour les traitements hormonaux, documenter dans un rapport détaillé « le suivi de la personne protégée au cours de son expérience en vie réelle pendant la durée d'au moins douze mois » <sup>27</sup> (cette condition n'est pas posée pour les actes de chirurgie, mais les statuts semblent reposer sur le principe que la chirurgie vient après les traitements hormonaux, ce qui n'est pas toujours le cas).

59. D'après ce système, les éléments figurant dans le rapport psychiatrique détermineront toute la prise en charge ultérieure et c'est principalement sur la base du rapport psychiatrique que le CMSS prendra la décision d'autoriser les traitements ou non. C'est en cela que ce rapport constitue la clé de voûte du système de prise en charge mis en place. Or, l'approche psychopathologisante adoptée, dont découle la place centrale accordée au diagnostic et au suivi psychiatriques, soulève toute une série de préoccupations que nous exposerons dans la rubrique II.2 : « Diagnostic 'confirmant la réalité d'une dysphorie de genre' ».

<sup>26</sup> La transphobie est une « peur irrationnelle à l'égard d'une personne parce que cette personne exprime une identité de genre ou un rôle social de genre différent de celui qui lui a été 'assigné' à la naissance, par exemple à travers un comportement non conforme au rôle social de genre binaire assigné, un traitement hormonal, la chirurgie, les vêtements ou les cosmétiques. La transphobie peut se manifester sous forme de violences physiques (insultes, agressions, viols, ou meurtres), ou par un comportement discriminatoire ou intolérant (discrimination à l'embauche, au logement, ou encore à l'accès aux traitements médicaux » (Egalité des Chances & Diversité 2014). Reucher (2014) parle également de « transphobie involontaire » (voir rubrique IV.3. : « Règles de bien-traitance »).

<sup>27</sup> Voir rubrique II.4. : « La condition d'« expérience en vie réelle' ».

### II.1.3. Proposition pour une terminologie non pathologisante

---

60. Intersex & Transgender Luxembourg recommande d'abandonner l'utilisation d'une terminologie pathologisante, telle que « dysphorie de genre », « syndrome de dysphorie de genre », ou « transsexualisme ».

61. Il serait théoriquement envisageable d'utiliser une terminologie comprenant le mot « genre », telle que « non-concordance de genre » (traduction de « gender incongruence », qui fait l'objet de discussions dans le cadre de la révision de la CIM). Cependant l'inconvénient de cette formulation est que « genre » n'appartient pas à la tradition nosographique francophone, est polysémique et est indissociablement lié à la culture des sociétés occidentales ; ainsi, la notion de « non-concordance » repose sur le présupposé que la concordance est la norme alors que ce n'est pas le cas dans toutes les sociétés. Il serait souhaitable que la CIM, qui a vocation à s'appliquer au niveau mondial, utilise un concept universellement applicable.

62. Intersex & Transgender Luxembourg propose comme base de réflexion une terminologie axée uniquement sur l'aspect somatique, à savoir « réassignation sexuée » et « traitements hormonaux et chirurgicaux de réassignation sexuée ».

### II.1.4. Synthèse et recommandation

---

63. Le contexte international actuel est marqué par un mouvement vers la dépathologisation et la dépsychiatisation des identités de genre et des expressions de genre « atypiques ». Ce mouvement dépasse la sphère strictement médicale et fait l'objet de débats au niveau politique, juridique et sociétal. De plus, diverses institutions de défense des droits humains ont souligné le caractère problématique et stigmatisant des classifications internationales des maladies (DSM et CIM) qui patholisent les identités et les expressions de genre « atypiques » (sous des dénominations telles que « dysphorie de genre » ou « transsexualisme »). Malgré ce contexte global, les statuts de la CNS adoptent une approche pathologisante en faisant reposer la prise en charge médicale des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' sur le concept de « syndrome de dysphorie de genre » et en instaurant une procédure en plusieurs étapes dont l'évaluation psychiatrique est la clé de voûte.

64. Intersex & Transgender Luxembourg recommande de fonder la prise en charge médicale des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' sur une approche non pathologisante, ainsi que sur des concepts et un système de classification non stigmatisants et propose, comme base de réflexion, le concept de « réassignation sexuée ».

## II.2. Diagnostic « confirmant la réalité d'une dysphorie de genre »

---

### II.2.1. Dispositions en cause des statuts

---

65. Les psychiatres doivent rédiger un rapport détaillé « confirmant la réalité d'une dysphorie de genre » [point 15), (2), de l'annexe C des statuts]. Cette obligation imposée aux psychiatres est problématique à plusieurs égards, ce que nous détaillerons ci-après.

### II.2.2. Analyse

---

#### II.2.2.1. La pathologisation entraîne la psychiatisation

---

66. Le fait de considérer les variations des identités et des expressions de genre comme des pathologies amène à considérer que les personnes trans' ont besoin d'un suivi psychiatrique avant les traitements hormonaux et chirurgicaux, comme si leur faculté de discernement concernant leurs choix en matière de santé et de vie était altérée en soi - ce qui n'est pas le cas.

67. Rauchfleisch (2009, p. 9) constate, après de longues années de pratique comme psychologue avec des personnes trans', que celles-ci peuvent avoir des troubles mentaux tout comme le reste de la population. Il n'y a donc pas de raison de considérer *a priori* que l'ensemble des personnes trans' qui demandent à bénéficier de traitements ont besoin d'un suivi psychiatrique.

68. Sironi (2011, p. 27) affirme elle aussi : « Cette trajectoire de vie est certes, singulière dans une société où les genres sont strictement codifiés. Mais elle est assurément non pathologique, non délirante. Bon nombre de personnes transsexuelles occupent aujourd'hui des fonctions importantes dans la haute administration, dans des grandes sociétés, en médecine et dans beaucoup d'autres domaines professionnels, sans que leurs compétences intellectuelles ni managériales soient remises en question ».

69. Elle souligne par ailleurs que « [l]es théories, méthodes et pratiques de la psychologie exercent une influence réelle et déterminante sur les individus, sur les groupes et sur l'environnement social. Elles ne sont jamais neutres. Au mieux, elles vont contribuer, avec d'autres facteurs, à générer des constructions de personnes intéressantes pour elles-mêmes et pour le

monde. Au pire, elles vont produire de la *maltraitance* aux interfaces entre les mondes, les peuples, les générations, les sexes, les sociétés... » (Sironi 2003). Faisant le lien avec les personnes trans', elle affirme (Sironi 2001) :

« Une des souffrances psychologiques majeures des populations transsexuelles est directement induite par les cliniciens eux-mêmes. Il s'agit de la souffrance induite par l'utilisation de théories erronées et discréditantes eu égard aux populations concernées. Il s'agit alors ni plus ni moins de maltraitance théorique <sup>28</sup>. »

70. Elle décrit le caractère « maltraitant » des théories sous-jacentes aux protocoles médicaux des personnes trans' et insiste pour que **le patient soit mis « en position d'expertise »** (Sironi 2001).

71. Certain.e.s auteurs rappellent la nécessité du libre choix s'agissant d'une psychothérapie, tout en soutenant le maintien de protocoles fondés sur un suivi psychiatrique ou psychologique non librement consenti puisque qu'il est une condition d'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux (Nieder/Briken/Richter-Appelt 2014, p. 379-381), ce qui est contradictoire.

72. Il n'est pas contesté que certaines personnes trans' se trouvent dans l'incertitude par rapport à leur identité de genre et cherchent volontairement l'aide de psychiatres ou de psychologues pour avoir plus de clarté (Reucher 2009), ou encore qu'elles recherchent du soutien en raison de la transphobie subie. Dans ce cas de figure, les prestations des psychiatres sont remboursées par la CNS et il n'est pas nécessaire de prévoir des règles particulières à ce sujet.

73. Si un travail psychothérapeutique n'est pas librement consenti et que la personne n'en fait pas la demande *expresse*, il s'agit d'une thérapie coercitive et les *Principe de Jogjakarta* soulignent qu'il s'agit d'un abus médical :

« *Principe 18 - Protection contre les abus médicaux*  
Nul ne peut être forcé de subir une quelconque forme de traitement, de protocole ou de test médical ou psychologique [...] en raison [...] de son identité de genre. [...] »

74. Girard (2013, p. 185) le formule en ces termes :

« *Pour autant l'efficacité d'un accompagnement par un psychiatre ou un psychothérapeute ne vaut que s'il est librement consenti par la personne et surtout que si la personne en fait la demande, c'est-à-dire qu'elle en exprime le besoin. La proposition de consultations avec le psychiatre et - ou - le psychologue devrait remplacer l'injonction de soins psychiatriques.*

*La place et le rôle du psychiatre, s'ils ne doivent pas être supprimés, doivent certainement être redéterminés. Le statut du psychiatre comme « expert » de la validation de la personne Trans est une question capitale quant au regard qui est porté sur le transsexualisme.*

*Doit-on continuer de considérer son rôle comme nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, donc d'un diagnostic psychiatrique, impliquant la recherche d'une vérité par des moyens d'investigations vécus comme humiliants ou dégradants par la personne tel le « Real life test » (test en vie réelle) demandé comme préalable à toute prise en charge médicale par certaines équipes hospitalières ?*

*N'est-il pas préférable de réfléchir en tant que professionnels de santé sur ce que nous souhaitons obtenir dans cette recherche, et que parfois pour nous rassurer nous-mêmes face à l'incompréhensible nous souhaitons faire rentrer à tout prix dans des modèles qui nous sont familiers, des personnes qui ne peuvent pas correspondre à ces critères. « Dans la recherche de la vérité la torture est toujours injustifiable, ce qui illustre que la découverte de la vérité est toujours surpassée par la valeur 'respect de la personne' <sup>251</sup> ». C. Mormont propose que ce constat amène à nous interroger sur le point où nous situons la limite de l'acceptable sur le continuum de la maltraitance.*

*Une réflexion sur cette limite paraît nécessaire dans la prise en charge médicale des personnes Trans et ne peut se faire que par la discussion entre professionnels et l'argumentation telle que la conçoit Jürgen Habermas<sup>252</sup> ».*

---

<sup>28</sup> Sironi (2003, p. 4-5) définit la maltraitance théorique ainsi : « maltraitance induite par les théories, les pratiques ou les dispositifs thérapeutiques inadéquats. Ce phénomène apparaît lorsque les théories sous-jacentes à des pratiques sont plaquées sur une réalité clinique qu'elles recouvrent, qu'elles redécoupent ou qu'elles ignorent. Elles agissent alors comme de véritables discrédits envers la spécificité des problématiques et des populations concernées. Ce type de maltraitance a un impact direct et visible sur les patients, les cliniciens, et sur la production de savoir dans la discipline concernée. On comprend alors que la portée de la maltraitance théorique n'est pas uniquement clinique, elle est politique.

La maltraitance par les théories et les pratiques génère des symptômes spécifiques qui sont souvent confondus avec la pathologie initiale du patient. Ces symptômes sont mis sur le compte d'une atypicité du tableau clinique, ou d'une 'réactivité' trop forte du patient à l'impact de la pathologie initiale. Il s'agit de l'exacerbation du sentiment d'injustice et d'incompréhension, d'apparition de phobies, de généralisation de la méfiance, d'une hyper-réactivité, d'une anxiété permanente et diffuse, d'un repli taciturne et de vécus dépressifs majeurs. »

### II.2.2.2. Diagnostic

---

75. « Confirmer la réalité d'une dysphorie de genre », d'après la formulation des statuts de la CNS, implique de poser un *diagnostic* de « dysphorie de genre ».

76. En ce qui concerne la nécessité même d'un diagnostic, deux questions ou constats préliminaires s'imposent.

77. En premier lieu, dans la mesure où le caractère pathologique de la « dysphorie de genre » est remis en cause par les discussions médicales les plus récentes et n'est donc pas avéré, les statuts ne mettent-ils pas les psychiatres en porte-à-faux par rapport aux obligations de ces derniers :

- a. de donner des soins « fondés sur les données acquises de la science »<sup>29</sup> ?
- b. de ne « pas participer à un traitement psychiatrique imposé en l'absence d'une maladie psychiatrique », selon les termes de la Déclaration de Hawaï (Association mondiale de psychiatrie 1977, article 7) ? Cette Déclaration précise : « Si le patient, ou un tiers demande qu'on procède à des actions contraires aux principes scientifiques ou éthiques, le psychiatre doit refuser de coopérer ».

78. En deuxième lieu, poser un diagnostic psychiatrique implique nécessairement une ingérence dans l'intimité de la personne. Une anamnèse psychiatrique porte sur tous les aspects de la vie et de la santé. Une telle ingérence ne pose pas de problème lorsqu'elle est librement consentie ou demandée par la personne. Cependant, les statuts de la CNS en font une *obligation* pour l'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux. Il en résulte que certaines personnes se sentent contraintes de passer par la consultation psychiatrique alors que cela ne correspond pas à leur souhait ni à leur besoin. Pour ces personnes, la consultation psychiatrique constitue une atteinte à l'intégrité psychique et au droit à la vie privée.

79. Par ailleurs, non seulement le concept de « de dysphorie de genre » est problématique, mais c'est également le cas des autres termes retenus dans les statuts, à savoir « réalité » et « confirmer ».

### II.2.2.3. Le concept de « réalité »

---

80. Le terme « réalité », tel qu'il est associé à la « dysphorie de genre », n'est pas défini dans les statuts ni utilisé dans la littérature scientifique actuelle. Il est donc difficile de savoir ce qu'il recouvre exactement et ce qu'il est censé apporter par rapport au concept de « dysphorie de genre ». En tout état de cause, il n'a pas un sens médical dans ce contexte. S'il devait être interprété dans son sens courant, cela renverrait-il implicitement à l'idée que la personne doit « prouver » sa « dysphorie de genre » ? Si tel est le cas, nous renvoyons à notre analyse sur le système de « confirmation » au point ci-après.

### II.2.2.4. Un système de « confirmation » est-il bien nécessaire ?

---

81. Les statuts emploient le verbe « confirmer » (« confirmant la réalité d'une dysphorie de genre ») [point 15), (2), de l'annexe C des statuts].

82. Gùldenring (2013), psychiatre, souligne que les ressentis subjectifs tels que les humeurs, les visions du monde, les sentiments identitaires, ne sont pas visibles de l'extérieur, ne sont pas objectivables et ne peuvent pas être diagnostiqués (p. 170), et que « pour former leur jugement sur le genre des personnes, les psychiatres et les psychologues sont tributaires des seules déclarations subjectives des client.e.s sur leur *ressenti* par rapport à leur genre ». Elle en conclut que porter une appréciation sur le genre d'une personne dépasse les compétences des psychiatres et des psychologues (p. 171).

83. Rauchfleisch (2010), psychologue expert, spécialiste de la transsexualité, a lui aussi explicitement déclaré lors d'un colloque au Luxembourg qu'aucun expert ne peut établir quelle est l'identité de genre d'une personne, mais qu'il ne peut qu'*enregistrer* ce qui lui est dit.

84. Dans ces conditions, en quoi un diagnostic de « dysphorie de genre » posé par un psychiatre serait-il utile ou nécessaire ? Un tel diagnostic psychiatrique n'est pas exigé par certains centres médicaux des Etats-Unis, qui délivrent des traitements hormonaux sans poser comme condition préalable une quelconque consultation chez un.e professionnel.le de la santé mentale et fonctionnent sur le modèle dit « du consentement éclairé » (Deutsch 2012, Radix/Eisfeld 2014). Un diagnostic d'un.e psychiatre n'est pas non plus demandé par certains réseaux de professionnel.le.s en France, ni non plus une consultation avec un.e autre professionnel.le de la santé mentale (voir rubrique IV.1.1. : « Les réseaux de professionnel.le.s en France »).

85. Une partie des personnes trans' qui demandent les traitements hormonaux et chirurgicaux en question savent déjà ce qu'elles veulent et n'ont pas besoin d'un diagnostic d'un.e psychiatre (Reucher 2009).

---

<sup>29</sup> Selon l'article 39 du Code de déontologie médicale (2013) : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande de soins, le médecin s'engage à assurer personnellement à son patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en faisant appel, s'il y a lieu, à l'assistance de tiers compétents. »

86. Amnesty International (2014b, p. 41-42) rapporte l'expérience d'une femme trans' dans ce contexte psychiatisant :

*« J'ai passé un an à convaincre d'autres personnes que j'étais vraiment une femme. C'est un processus humiliant, une violation de l'auto-détermination. Je trouve que c'est absurde. Aucune autre personne n'a à convaincre les autres en permanence de qui elle est »<sup>30</sup>.*

### II.2.2.5. Quels sont les objectifs du suivi « d'au moins douze mois » ?

87. Dans le contexte décrit précédemment, la finalité du suivi d'au moins douze mois (dont la durée est arbitraire) est ambiguë : ce suivi a-t-il uniquement pour objet de documenter l'« expérience en vie réelle » ou repose-t-il implicitement sur l'idée que les personnes ont besoin d'une surveillance psychiatrique ?

### II.2.2.6. Un diagnostic stigmatisant

88. Tout diagnostic psychiatrique comporte le risque d'être stigmatisant. Ce caractère stigmatisant est supposé être compensé par le bénéfice que la personne en retire au niveau des perspectives de guérison psychiques ou tout au moins d'un accompagnement psychiatrique approprié. Or, il en va autrement s'agissant de la dysphorie de genre, puisque ce n'est pas sur l'opportunité de traitements *psychiatriques* qu'est censée porter l'évaluation des psychiatres, mais sur des traitements *corporels*.

89. Le caractère stigmatisant du diagnostic de « dysphorie de genre » (ou de « transsexualisme ») devient notamment visible lorsque des employeurs remettent en cause la capacité de leurs employé.e.s à faire leur travail, ce dont nous donnerons deux exemples.

90. Le premier est un témoignage recueilli par Amnesty International (2014b, p. 41-42) :

*« Il est désobligeant et stigmatisant que cette question soit traitée comme une question psychiatrique ; par exemple, j'ai dû expliquer à mon employeur que je n'avais pas de problèmes de santé mentale »<sup>31</sup>.*

91. Le deuxième est un litige porté devant le tribunal administratif de Berlin (Verwaltungsgericht Berlin 2014). Dans cette affaire, une personne trans' avait été déclarée inapte aux fonctions de commissaire de police judiciaire et avait contesté cette décision. Le tribunal a déclaré :

*« En tant que tel, le changement chirurgical et hormonal de sexe ne constitue pas, chez une personne transsexuelle, un fait à caractère pathologique, mais un processus légalement reconnu et protégé par le droit fédéral par le biais de la loi sur la modification des prénoms et l'établissement de l'appartenance à un sexe dans des cas particuliers (loi sur les transsexuels) » (point 25).*

92. Faute d'élément étayant l'inaptitude actuelle au service du requérant, le tribunal a ordonné la titularisation de la partie requérante dans la police.

93. Les deux exemples ci-dessus montrent que le stigmate associé au diagnostic peut être associé à un risque de perte d'emploi, mais ce n'est pas le seul. Theilen (2014, p. 5) souligne :

*« Ce qui semble clair, toutefois, est que le stigmate attaché aux maladies mentales<sup>38</sup> a un impact sur la santé des personnes trans'. Elles font face à une myriade de problèmes dans la vie de tous les jours<sup>39</sup>, ce qui provient précisément du fait que la transsexualité n'est pas acceptée comme étant normale mais qu'elle est plutôt considérée comme quelque chose d'inhabituel, comme une déviance, une source de préoccupation – en bref, comme une maladie »<sup>32</sup>.*

94. Dans ce contexte, Theilen développe d'idée d'un **droit à la dépathologisation**.

### II.2.2.7. Une fonction de diagnostic et d'évaluation aux effets pervers : inhibition de l'expression des doutes

95. Kuiper/Cohen-Kettenis (1998) montrent en quoi une consultation psychiatrique contrainte, dans laquelle les psychiatres contrôlent le passage à l'étape des traitements hormonaux et chirurgicaux, est faussée et perd de son caractère thérapeutique dans la mesure où elle inhibe l'expression des doutes :

*« Un système de confirmation peut sembler être une solution mais, même si un tel système semble attrayant, il a aussi ses inconvénients. Il donne aux clinicien.ne.s/diagnosticien.ne.s un rôle de contrôleurs/euses et modifie la relation entre le/la professionnel.le de santé mentale et la personne en demande de traitements. Au lieu d'être une*

<sup>30</sup> Traduction à partir de l'anglais.

<sup>31</sup> Idem.

<sup>32</sup> Idem.

*situation de sécurité, où les confusions et les incertitudes peuvent être exprimées et explorées, ce qui est une condition nécessaire pour obtenir les informations nécessaires dans la phase diagnostique, la relation se transforme en une situation où les personnes doivent 'prouver' leur transsexualisme au moyen de documents ou de témoins. Il est probable qu'une telle atmosphère – où les clinicien.ne.s constatent que les indices manquent de sens et où certains faits significatifs ne leur sont pas rapportés par la personne (ou même lorsque celle-ci ment) – donnera lieu à un nombre plus élevé de cas de regrets plutôt qu'à une diminution de leur nombre »<sup>33</sup>.*

96. Ces auteur.e.s donnent l'exemple de sept personnes regrettant leur opération, qui ont eu des doutes au préalable. Cinq d'entre elles n'en avaient pas parlé à leur psychiatre ou psychologue parce qu'elles avaient eu peur que cela remette en question l'intervention chirurgicale.

97. Girard (2013, p. 186) tire la conclusion suivante : « le soutien psychologique de la personne pendant son parcours doit être indépendant de toute 'expertise' afin qu'elle puisse exprimer librement ses doutes, ses peurs et ses difficultés sans craindre une remise en question de ce qu'elle est. »

### **II.2.2.8. Comment garantir que les traitements hormonaux et chirurgicaux ne seront pas regrettés ?**

---

98. L'expérience de terrain montre que les traitements hormonaux et chirurgicaux ont globalement un impact positif sur la vie des personnes trans<sup>34</sup>. La question des regrets se pose principalement pour les actes de chirurgie. Selon De Cuypere e. a. (2006, p. 129), « de nombreuses études ont montré un meilleur fonctionnement psychologique et social après la chirurgie et une diminution des tentatives de suicide ». Les traitements hormonaux ont des effets réversibles pendant les trois premiers mois environ pour les hommes trans<sup>35</sup>, et pendant les six premiers mois pour les femmes trans<sup>36</sup>, ce qui laisse aux personnes du temps pour savoir si elles se sentent bien avec le traitement ou pas.

99. Les statuts de la CNS prévoient la prise en charge de la « chirurgie de réassignation sexuelle »<sup>35</sup>, à l'exclusion de toute autre intervention. Cette chirurgie comprend plusieurs types d'opérations, qui ne sont pas demandées par toutes les personnes. Pour celles effectuant un parcours « homme vers femme », il peut s'agir d'interventions telles que l'orchiectomie<sup>36</sup>, la pénectomie<sup>37</sup>, la vaginoplastie<sup>38</sup>, la mammoplastie<sup>39</sup>. Pour les personnes réalisant un parcours « femme vers homme », il peut s'agir notamment de la mastectomie<sup>40</sup>, de l'hystérectomie<sup>41</sup>, de l'ovariectomie<sup>42</sup>, de la phalloplastie<sup>43</sup> ou encore de la métaoïdioplastie<sup>44</sup> (pour un exposé détaillé, voir Bowman/Goldberg 2006).

#### **II.2.2.8.1. Des chiffres peu fiables**

---

100. D'une façon générale, il existe des risques de regret inhérents à toute intervention médicale lourde. Dans la population générale, le taux de regrets persistants relatifs à des chirurgies telles que la stérilisation chirurgicale, la mastectomie, la reconstruction de la poitrine, l'ovariectomie, l'orchiectomie, la chirurgie salvatrice d'un membre, le pansement gastrique et la colpoclésis<sup>45</sup> vont de 1 % à 23 % (Bowman/Goldberg 2006, p. 138).

101. Concernant les personnes trans<sup>37</sup>, deux types de regrets sont à distinguer : les regrets liés à la chirurgie elle-même (tels que les complications post-opératoires, les résultats non fonctionnels) et les regrets liés au changement de rôle social de genre (en cas de perte de liens familiaux, d'emploi, manque de crédibilité dans le nouveau rôle social de genre, etc.). Un biais majeur des études sur les regrets exprimés postérieurement à la chirurgie est de ne pas assez distinguer ces deux types de regrets. De plus, ces études sont réalisées sur un nombre restreint de personnes, sont difficilement comparables en raison des différences de méthodologie et sont le plus souvent réalisées par les équipes médicales elles-mêmes, qui

---

<sup>33</sup> Traduction à partir de l'anglais. Voir aussi le témoignage de Laury cité par Hérault (2004, point 8).

<sup>34</sup> Concernant les traitements hormonaux, voir l'étude de Colton Meier e.a. (2014).

<sup>35</sup> La « chirurgie de réassignation sexuelle » est le « processus par lequel les caractéristiques anatomiques sexuées d'une personne sont modifiées pour mieux correspondre à son identité de genre » (comp. Chambre de commerce gaie du Québec 2014). Les statuts de la CNS définissent la « chirurgie de réassignation sexuelle » comme renvoyant à la chirurgie « exclusivement pelvienne et mammaire ».

<sup>36</sup> L'orchiectomie ou « orchidectomie » est l'ablation d'un ou des deux testicules.

<sup>37</sup> La pénectomie est l'ablation chirurgicale du pénis.

<sup>38</sup> La vaginoplastie est la création d'un vagin artificiel.

<sup>39</sup> La mammoplastie est la chirurgie plastique du sein (Quevauvilliers 2009).

<sup>40</sup> La mastectomie est l'excision partielle ou totale de tissus du sein.

<sup>41</sup> L'hystérectomie est l'ablation de l'utérus par voie abdominale (hystérectomie abdominale ou par voie haute) ou par voie vaginale (hystérectomie réalisée par les voies naturelles ou par voie basse), pouvant comporter également l'ablation de ses annexes (Quevauvilliers 2009). Les « annexes » sont les appendices ou les formations adjointes à un organe. (Quevauvilliers 2009).

<sup>42</sup> L'ovariectomie est l'ablation d'un ou des deux ovaires.

<sup>43</sup> La phalloplastie est la création d'un pénis.

<sup>44</sup> La métaoïdioplastie est la création d'un micro-pénis à partir d'un clitoris hypertrophié.

<sup>45</sup> La colpoclésis est la fermeture chirurgicale du canal vaginal.

prennent généralement pour base leurs propres critères de réussite sociale après l'opération – alors que les personnes opérées qui ont des regrets ne sont pas nécessairement interrogées sur les raisons à cela <sup>46</sup>.

102. Les taux de regret persistant qui sont rapportés quant à la chirurgie de réassignation sont variables et les statistiques sont à prendre avec précaution. Une méta-analyse souvent citée est celle de Pfäfflin/Junge (1998), déjà ancienne, qui recense entre 1 % et 2% de personnes manifestant des regrets (pour des résultats similaires, voir Lawrence 2003 et De Cuyper e. a. 2006). D'autres études rapportent en revanche des taux de regrets allant de 0 % à 8 % (De Cuyper, p. 128). Généralement, ces études font un état des lieux à un moment donné alors que certaines personnes peuvent changer d'avis plus tard (Kuiper/Cohen-Kettenis 1998).

103. A notre connaissance, aucune étude ne montre que :

- a. le taux de regret pour les opérations spécifiques aux personnes trans' soit supérieur au taux de regret pour des opérations à peu près comparables dans la population générale ;
- b. le taux de regret des personnes trans' opérées sans suivi psychiatrique soit supérieur à celui des personnes ayant eu un suivi psychiatrique obligatoire.

104. Il n'existe pas de critères certains et scientifiquement validés permettant de garantir avec certitude que les personnes admises par les psychiatres à subir les traitements hormonaux et les interventions chirurgicales soient les bonnes candidates et, à l'inverse, que les personnes refusées soient de mauvaises candidates. Une fois refusées, certaines se tournent vers d'autres sources pour se procurer des hormones (Internet) <sup>47</sup>, ou se font opérer dans des pays aux conditions moins strictes ; des personnes se suicident. Bujon/Dourlens (2012, p. 44) emploie le terme de « pari » pour décrire le choix des médecins d'autoriser ou non les personnes trans' à accéder aux traitements.

#### II.2.2.8.2. Facteurs de protection

105. S'il ne peut pas exister de garantie absolue, certains facteurs peuvent néanmoins être considérés comme des facteurs de protection susceptibles de diminuer les risques de regrets.

- a. Le premier facteur de protection est la flexibilité des étapes d'un parcours médical adapté aux besoins des personnes. Notamment, ne pas considérer que le parcours médical trans' doit obligatoirement rester dans la binarité des genres serait une protection contre les chirurgies non réellement désirées (voir rubrique II.5.1.3. : « La chirurgie de réassignation génitale n'est pas un passage obligé »).
- b. En outre, certaines personnes ne se soumettent aux chirurgies de réassignation que parce que celles-ci sont la condition *sine qua non* pour obtenir la rectification de la mention du sexe à l'état civil. Intersex & Transgender Luxembourg a eu connaissance d'une personne dans une telle situation au Luxembourg. Par rapport à cette pression sociale, plutôt que d'imposer un suivi psychiatrique, une meilleure protection contre les regrets éventuels serait d'autoriser les personnes trans' à rectifier leur sexe et leur prénom à l'état civil indépendamment de tout traitement hormonal et de toute intervention chirurgicale. Cela permettrait de laisser un temps de réflexion plus long avant la prise de décisions irréversibles concernant la santé, tout en accordant aux personnes trans' la reconnaissance sociale et juridique de leur identité de genre, conformément à la recommandation de l'ancien Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe (Hammarberg 2009, p. 43) :

*« 4. Dans les textes encadrant le processus de changement de nom et de sexe, cesser de subordonner la reconnaissance de l'identité de genre d'une personne à une obligation légale de stérilisation et de soumission à d'autres traitements médicaux. »*

Ce point de vue est aussi présent au Luxembourg. Lehnert (2014) a souligné l'atteinte aux droits humains que constitue une intervention chirurgicale posée comme condition préalable à la rectification de l'état civil.

106. Les deux facteurs de protections ci-dessus sont des éléments qui favorisent la liberté du consentement : le consentement ne peut pas être libre si une personne se sent sous pression pour subir une chirurgie de réassignation génitale ou si elle doit suivre certains traitements médicaux pour obtenir certains droits, tels que la rectification de la mention du sexe et des prénoms à l'état civil. La question du caractère éclairé du consentement joue aussi un rôle protecteur.

- c. Un troisième facteur de protection consiste en une information adéquate permettant d'avoir des attentes réalistes sur les résultats des traitements médicaux.

#### II.2.2.8.3. A qui appartiennent quelles responsabilités ?

107. Selon Reucher, psychologue expérimenté dans l'accompagnement des personnes trans' <sup>48</sup> :

<sup>46</sup> L'étude de Kuiper/Cohen-Kettenis (1998) constitue une exception, dans la mesure où elle était centrée sur l'avis des personnes.

<sup>47</sup> Ce constat a notamment été fait par Riff (2014).

<sup>48</sup> Interview du 28 mai 2014 avec Intersex & Transgender Luxembourg.

« Quand les gens sont mis en position de décider eux-mêmes, ça limite considérablement le risque de regrets. C'est un frein pour certaines personnes parce que cette décision est tellement difficile... Il y a des gens qui ont besoin qu'on leur mette une étiquette, ils se reposent là-dessus et du coup, après, ils en veulent au médecin, au décideur. Ils ne s'impliquent pas dans la prise de décision. C'est une façon de ne pas prendre sa responsabilité. [...] Quand les gens sont en position de décider, je n'ai pas vu que c'était un problème. C'est un problème quand les gens sont mal informés, mal opérés. »

108. La mission confiée aux psychiatres par les statuts de la CNS concerne la deuxième catégorie de regrets, à savoir ceux liés au changement de rôle social de genre, et consiste à anticiper les chances de bien-être et d'insertion sociale des personnes trans' une fois qu'elles auront suivi un traitement hormonal ou été opérées. **Cette mission revient à déplacer les responsabilités :**

- a. **du niveau individuel vers les psychiatres** ; or, c'est à l'individu qu'il revient de porter la responsabilité de ses décisions. La validation par un tiers (psychiatre ou autre) peut donner une fausse impression de sécurité, dans ce domaine où il ne peut pas y avoir de certitude absolue ;
- b. **du niveau sociétal vers les psychiatres**, alors qu'en réalité, c'est aux politiques d'égalité, de lutte contre les stéréotypes et contre les discriminations fondées sur l'identité de genre qu'il incombe de favoriser une bonne insertion sociale et l'égalité des chances pour les personnes trans', qu'elles aient ou non subi de quelconques traitements médicaux. Cela passe par un examen des manuels scolaires et des politiques de diversité dans les entreprises, la sensibilisation du grand public, une formation des professionnel.le.s de l'éducation et de la santé, etc.

109. Il est important de supprimer la fonction d'évaluation des psychiatres qui, dans le cas présent, les éloigne de leur fonction première (soigner), en faussant la relation de confiance nécessaire à un travail thérapeutique. La fonction d'évaluation doit être remplacée par un transfert de la responsabilité de la décision des traitements hormonaux et chirurgicaux vers les personnes trans' elles-mêmes, selon le principe de la responsabilité partagée avec les médecins. Il s'agit d'appliquer des règles générales relatives au consentement éclairé, dans le respect du droit à l'auto-détermination.

110. Le Spanish Network for Depathologization of Trans Identities (2010, p. 20-21) le formule dans les termes suivants :

*« la fonction d'évaluation des professionnel.le.s intervenant dans le processus doit être remplacée par une fonction d'accompagnement. L'accompagnement vise à promouvoir et à respecter l'autonomie de l'individu plutôt que de s'y substituer. Les décisions relèvent de la compétence de la personne et le processus est collaboratif. [...] Pour bien accompagner les personnes et ne pas générer de fausses demandes, les professionnel.le.s de la santé doivent rompre avec les dichotomies homme-femme et homosexuel-hétérosexuel et, par là même, remettre en cause les catégories utilisées pour pathologiser la diversité sexuelle et des genres ».*

*« L'intégration d'un point de vue non pathologisant par les professionnel.le.s de santé est une condition préalable, mais n'est pas suffisante en elle-même : il est nécessaire d'adopter une fonction d'accompagnement dans le cadre de laquelle le conseil et la mise en relation avec les réseaux communautaires pourraient jouer un rôle vital. L'activité de conseil implique une ouverture sur une vision et des expériences de vie dans lesquelles les identités trans' sont des options dignes d'être vécues. [...] Il n'est plus possible de conserver un modèle qui considère comme allant de soi que les personnes trans' ne devraient pas exister. »*

### II.2.3. Synthèse et recommandation

---

111. Le fait de considérer les variations des identités et des expressions de genre comme des pathologies amène à estimer que les personnes trans' ont besoin d'un suivi psychiatrique comme condition préalable à des traitements hormonaux et chirurgicaux, comme si leur faculté de discernement concernant leurs choix en matière de santé et de vie était altérée en soi - ce qui n'est pas le cas. En ce qui concerne la prise en charge médicale des personnes trans', il convient de mettre celles-ci en position d'expertise et de réaffirmer le principe fondamental de leur libre consentement à tout suivi psychiatrique, sous peine de les soumettre à des atteintes institutionnelles à des droits fondamentaux tels que le droit à l'intégrité psychique, le droit à la vie privée, à l'auto-détermination et le droit de ne pas subir de discrimination.

112. Les statuts de la CNS instaurent un système de « confirmation » de l'identité de genre par des psychiatres sous la forme du diagnostic de « dysphorie de genre ». Or, seule la personne concernée peut dire quelle est son identité de genre, qui relève de l'auto-détermination, et non pas d'une évaluation par des tiers. Le système de « confirmation » prévu par les statuts est inutile, stigmatisant et inhibe l'expression des doutes en biaisant la relation thérapeutique, remplacée par une fonction d'évaluation et de contrôle. Ce système repose sur l'idée fautive qu'il existerait des critères objectivables permettant à un tiers psychiatre de déterminer quel.le.s sont les bon.ne.s candidat.e.s à un traitement hormonal et chirurgical. Or, si les traitements hormonaux et chirurgicaux ont globalement un effet positif sur la vie des personnes trans', il n'y a pas de garantie absolue dans ce domaine.

113. La mission confiée aux psychiatres par les statuts de la CNS revient à déplacer les responsabilités : d'une part, c'est à la personne concernée que doit incomber la responsabilité de la décision, après qu'elle a été correctement informée, dans le respect du droit à l'auto-détermination et des règles relatives au consentement éclairé ; d'autre part, une évaluation psychiatrique *a priori* ne peut pas remplacer une action globale au niveau social qu'il reste à mener pour améliorer l'intégration des personnes trans'.

114. S'il ne peut pas exister de garantie absolue, certains facteurs peuvent néanmoins être considérés comme des facteurs de protection susceptibles de diminuer les risques de regret(s). Le premier facteur de protection est la flexibilité des étapes d'un parcours médical adapté aux besoins des personnes et ne reposant pas sur l'idée que toutes les personnes trans' adhèrent nécessairement à une conception binaire du genre, mais laissant ouverte la possibilité de l'entre-deux. Le deuxième facteur consisterait à autoriser le changement d'état civil avant les traitements hormonaux et chirurgicaux, ce qui laisserait un temps de réflexion plus long avant les décisions médicales irréversibles, tout en permettant la reconnaissance sociale de l'identité de genre. Enfin, un troisième facteur de protection consiste en une information adéquate permettant d'avoir des attentes réalistes sur les résultats des traitements médicaux.

115. Intersex & Transgender Luxembourg recommande :

- a. de ne subordonner la prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux à aucune forme d'évaluation (qu'il s'agisse d'un diagnostic psychiatrique ou d'une quelconque forme de suivi ou d'évaluation psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique, ou autre) par un tiers (professionnel de la santé mentale ou non), qui serait obligatoire et conçue comme une condition préalable à la prise en charge des traitements ;
- b. dans la double optique de préserver la liberté du consentement aux traitements hormonaux et chirurgicaux, et de favoriser l'intégration sociale des personnes trans', d'autoriser, sur demande auprès de la commune, la rectification de la mention du sexe et du prénom à l'état civil sans condition ni de traitements hormonaux et/ou chirurgicaux, ni de diagnostic ou d'évaluation psychiatrique, psychologique ou psychothérapeutique, ni d'une quelconque évaluation par des tiers.

## II.3. Diagnostic « excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre »

---

### II.3.1. Dispositions en cause des statuts

---

116. D'après les statuts de la CNS, avant le début de l'hormonothérapie ou la chirurgie de réassignation, un médecin spécialiste en psychiatrie doit fournir un rapport médical initial et poser un diagnostic « excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre »<sup>49</sup>. On parle aussi de « diagnostic différentiel ».

117. Les statuts ne renvoient pas à des lignes directrices concernant les pathologies psychiatriques qui pourraient entrer en ligne de compte, ni ne définissent le « changement de genre ». Cette formulation porte-t-elle sur les changements corporels provoqués par les traitements hormonaux et chirurgicaux ou sur le changement de rôle social de genre ? En tout état de cause, les traitements hormonaux et chirurgicaux n'entraînent pas un « changement de genre » : c'est pour adapter son corps à son genre que la personne subit des traitements médicaux (et non pas l'inverse).

118. En l'absence de précision des statuts sur le diagnostic visant à écarter des « pathologies psychiatriques contre-indiquant le changement de genre », on ne peut que formuler des suppositions sur son objectif et son contenu exacts. Si sa finalité est de protéger les personnes trans' ou non trans' ayant des troubles psychiatriques susceptibles d'affecter leur aptitude à prendre des décisions concernant leur santé, plusieurs remarques doivent être formulées.

### II.3.2. Analyse

---

#### II.3.2.1. Appréciation de la faculté de discernement

---

119. Il faut préciser d'emblée qu'aucune pathologie psychiatrique, en soi, n'est susceptible d'affecter la faculté de discernement d'une personne de façon *permanente* et dans *tous* les aspects de sa vie. Descarpentries (2007, p. 48) le formule ainsi : « De façon générale, les psychiatres s'accordent à penser que la maladie mentale ne supprime heureusement pas toute compétence, et que le fait de porter un diagnostic psychiatrique n'équivaut pas à dénier à la personne concernée toute aptitude à consentir. [...] on s'accorde en général à admettre que la compétence [à consentir] inclut à la fois une aptitude à comprendre l'information et une aptitude à prendre une décision rationnelle touchant son propre bien ».

---

<sup>49</sup> Point 15), (2), de l'annexe C des statuts de la CNS.

120. Les personnes atteintes de maladies mentales graves ou de symptômes psychiques graves (tels que la schizophrénie, les autres troubles psychotiques ou dissociatifs, les délires) peuvent être trans' et dans ce cas, elles aussi ont droit aux traitements hormonaux et chirurgicaux - s'il en était autrement, ce serait une discrimination et risquerait de compromettre d'autres aspects de leur santé.

121. Selon Nieder/Briken/Richter-Appelt (2013, p. 377), le rôle des psychiatres dans le domaine en cause est de rechercher des symptômes psychotiques et dissociatifs. Cependant, De Cuypere e. a. (2006, p. 127) signalent expressément que **des épisodes psychotiques dans la vie d'une personne ne sont pas une contre-indication absolue à la chirurgie de réassignation** - mais que, en revanche, les personnes qui souffrent d'un délire en sont exclues. Cela est conforme à la règle générale selon laquelle aucun traitement médical ni aucune chirurgie ne sont réalisés, sauf urgence, en présence d'un trouble psychiatrique en phase aiguë (délire, psychose aiguë...). Cette règle n'est pas spécifique aux personnes trans' mais s'applique à toute personne. Il n'existe pas de contre-indication psychiatrique *absolue* aux traitements hormonaux et chirurgicaux à l'égard des personnes trans' ayant de graves maladies mentales ou symptômes psychiques, juste des contre-indications *relatives*, par exemple dans les phases aiguës, ce qui aussi est le cas pour le traitement médical de toute personne.

### II.3.2.2. Utilité ou double emploi du diagnostic différentiel ?

---

122. Les personnes ayant des maladies mentales graves ou des symptômes psychiques graves sont généralement en contact depuis des années avec le système psychiatrique et la problématique trans' n'est habituellement pas la première et l'unique à venir à la surface. La question se pose alors de l'utilité d'un suivi psychiatrique supplémentaire axé sur le « changement de genre », qui risque de faire double emploi.

### II.3.2.3. Facteurs de protection

---

123. Certains articles mentionnent des cas rares, soit de regret post-opératoire concomitant à un trouble psychiatrique (De Cuypere e.a. 2006), soit de décompensation psychotique attribuée à une « erreur de diagnostic » ou à la coexistence d'un trouble de l'identité de genre et d'une psychose chronique (Gorin-Lazard e.a. 2008). Il s'agit de personnes qui ont pourtant été soumises à une longue évaluation psychiatrique.

124. Concernant le cas des regrets post-opératoires concomitants à des troubles psychiques, De Cuypere e.a. (2006) mentionnent une personne ayant eu des épisodes de délire avant l'opération (qu'elle regrettait tout en continuant à vivre en femme), mais les auteur.e.s suggèrent que la cause des regrets pourrait provenir d'un ensemble de facteurs et en particulier son mauvais *passing* en tant que femme. Le fait qu'elle ait continué à vivre en tant que femme inciterait à penser que c'était la chirurgie elle-même qui était regrettée et non pas que la transidentité était remise en cause.

125. Concernant les autres cas de figure, les cas présentés dans la littérature ne sont pas suffisamment explicites ou détaillés pour qu'il soit possible d'en déduire qu'un suivi psychiatrique axé sur un « changement de genre » soit nécessaire voire utile.

126. Le suivi psychiatrique tel qu'il est conçu par les statuts de la CNS, c'est-à-dire imposé comme une condition préalable, ne donne pas de garantie absolue - qui n'existe pas dans ce domaine - que seul.e.s les bon.ne.s candidat.e.s seront admis.e.s à la chirurgie.

127. Les facteurs de protection énoncés à la rubrique II.2.2.8.2. : « Facteurs de protection » s'appliquent aussi aux personnes ayant de graves maladies mentales ou symptômes psychiques. En particulier, des cas relevés dans la littérature montrent que certaines personnes instables psychiquement regrettent la chirurgie notamment parce qu'elles réalisent ultérieurement qu'elles sont dans « l'entre-deux » ; or, ces personnes n'ont pas été « protégées » par leur parcours psychiatrique. Olsson/Möller (2006, p. 504) ont publié une étude de cas à propos d'une personne regrettant son opération de réassignation sexuée notamment parce qu'elle s'est rendu compte, *a posteriori*, qu'elle se sentait appartenir à une catégorie intermédiaire à celle du système binaire sexe/genre : « Tony a dit qu'elle ne voulait pas vraiment sa chirurgie de réassignation de sexe mais s'était sentie 'forcée par la société' »<sup>50</sup>.

### II.3.2.4. Caractère disproportionné du diagnostic différentiel

---

128. Le diagnostic différentiel en cause repose sur un objectif non réaliste, à savoir que seul.e.s les bon.ne.s candidat.e.s seront admis.e.s en chirurgie. Ce diagnostic constitue une atteinte disproportionnée à l'intégrité psychique et à la vie privée, étant donné qu'il est disproportionné de soumettre *a priori* à un diagnostic psychiatrique différentiel *toutes* les personnes trans' demandant des traitements alors que seule une minorité présente de graves maladies mentales ou symptômes psychiques et que l'objectif poursuivi est irréaliste (une minorité des personnes regrette tout de même l'opération alors qu'elle a été suivie par un.e psychiatre).

---

<sup>50</sup> Traduction à partir de l'anglais.

129. En outre, le risque de décompensation, de dépression, de suicide est inhérent à toutes les grosses opérations (par exemple, pour les greffes de rein ou l'implantation d'une valvule cardiaque) et les personnes trans' sont les seules à se voir imposer un diagnostic différentiel et un suivi psychiatrique. Pourquoi une telle différence de traitement ?

### II.3.2.5. Responsabilité des médecins

---

130. En tout état de cause, l'avis d'un.e psychiatre ne libère pas l'endocrinologue ou le/la chirurgien.ne de leur obligation d'informer personnellement la personne concernée et de vérifier qu'elle a compris les informations transmises. Ils/elles ne peuvent pas se reposer sur l'avis d'un autre médecin, fût-il psychiatre, avant de prescrire le traitement hormonal ou de pratiquer l'opération (cette règle générale est applicable à tous/toutes les patient.e.s et non pas seulement aux personnes trans'). De plus, c'est *au moment* de la consultation, de la prescription du traitement ou juste avant la chirurgie que le médecin doit vérifier que la personne dispose de la faculté de consentement nécessaire. Là encore, un suivi psychiatrique obligatoire n'est pas nécessaire pour cela. En revanche, si un.e endocrinologue ou un.e chirurgien.ne a des doutes sur l'état psychique d'une personne il/elle a toujours la possibilité, voire l'obligation selon les cas, de lui demander de consulter un.e psychiatre préalablement au traitement ou à l'opération (hormis les cas d'urgence), à condition de pouvoir motiver cette demande. Notamment, pour les personnes psychologiquement vulnérables, les médecins ont une obligation renforcée d'aide et d'assistance. Ce n'est pas spécifique aux personnes trans' mais concerne tous/toutes les patient.e.s.

### II.3.3. Synthèse et recommandation

---

131. Les statuts de la CNS posent l'obligation pour les psychiatres de formuler un diagnostic « excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre », encore appelé « diagnostic différentiel ». Or, des personnes ayant des maladies mentales graves ou des symptômes psychiques graves peuvent être trans' et leur dénier *a priori* l'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux serait une discrimination. Il n'existe pas de contre-indication psychiatrique *absolue* aux traitements hormonaux et chirurgicaux à l'égard des personnes trans' atteintes de tels troubles, juste des contre-indications *relatives*, par exemple dans les phases aiguës. De plus, ces personnes sont généralement en contact depuis des années avec le système psychiatrique et la question se pose alors de l'utilité d'un suivi psychiatrique supplémentaire axé sur le « changement de genre », qui risque de faire double emploi. En outre, le suivi psychiatrique tel qu'il est conçu par les statuts de la CNS (c'est-à-dire imposé comme une condition préalable) ne donne pas de garantie absolue, qui n'existe pas dans ce domaine, que seul.e.s les bon.ne.s candidat.e.s seront admises à la chirurgie. Les facteurs généraux de protection décrits plus haut s'appliquent aussi aux personnes ayant des maladies mentales graves (à condition qu'elles ne se trouvent pas dans une phase aiguë lorsque les traitements sont envisagés) : flexibilité des étapes d'un parcours médical adapté aux besoins des personnes et ne reposant pas sur une conception binaire du genre, changement d'état civil avant les traitements hormonaux et chirurgicaux et information adéquate permettant d'avoir des attentes réalistes sur les résultats des traitements.

132. En tout état de cause, imposer à *toutes* les personnes trans' demandant des traitements hormonaux et chirurgicaux de se soumettre à un diagnostic « excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre » constitue une atteinte disproportionnée à l'intégrité psychique et à la vie privée, étant donné que seule une minorité présente des maladies mentales graves ou des symptômes psychiques graves et que l'objectif poursuivi est irréaliste (une minorité des personnes regrette tout de même l'opération alors qu'elle a été suivie par un.e psychiatre).

133. Enfin, l'avis d'un.e psychiatre ne libère pas l'endocrinologue ou le/la chirurgien.ne de leur obligation d'informer personnellement la personne concernée et de vérifier qu'elle a compris les informations transmises. En particulier, pour les personnes psychologiquement vulnérables, les médecins ont une obligation renforcée d'aide et d'assistance. Ce n'est pas spécifique aux personnes trans' mais concerne tous/toutes les patient.e.s.

134. Intersex & Transgender Luxembourg recommande de supprimer, pour la prise en charge médicale des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans', la condition du diagnostic relatifs à des pathologies psychiatriques « contre-indiquant le changement de genre ».

## II.4. La condition d'« expérience en vie réelle »

---

### II.4.1. Dispositions en cause des statuts

---

135. Selon le point 15), (3) des statuts de la CNS :

« [...] L'avis motivé du CMSS de la sécurité sociale en vue de l'initialisation de l'hormonothérapie repose sur :

1. le rapport médical détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie documentant le suivi de la personne protégée au cours de son **expérience en vie réelle** pendant la durée d'**au moins douze mois** permettant au Contrôle médical de la sécurité sociale de conclure au caractère indispensable du traitement médicamenteux envisagé » (c'est nous qui soulignons).

136. En d'autres termes, les statuts posent une condition d'« expérience en vie réelle » sous suivi psychiatrique d'au moins un an avant le début d'un traitement hormonal, d'une part, et un contrôle *a posteriori* de la façon dont s'est déroulée cette période par le CMSS, d'autre part (sur ce dernier point, voir la rubrique II.7. : « Régime de l'autorisation préalable »).

## II.4.2. Précisions terminologiques

---

### II.4.2.1. Définition de l'« expérience en vie réelle »

---

137. L'« expérience en vie réelle »<sup>51</sup> n'est pas définie par les statuts de la CNS. Elle est exigée, de façon controversée<sup>52</sup>, par certains protocoles médicaux étrangers (mais pas par tous) préalablement aux traitements hormonaux et chirurgicaux. Il s'agit d'une notion aux contours variables selon les médecins qui l'utilisent, cependant, des traits généraux peuvent être dégagés :

L'« expérience en vie réelle » est un concept médical désignant une période pendant laquelle une personne trans vit de façon permanente dans le rôle de genre désiré, cette période étant conçue, par les protocoles médicaux qui la prévoient, comme une condition préalable à des traitements hormonaux et/ou chirurgicaux.

138. Les durées varient selon les protocoles, ainsi que le contenu exact. L'« expérience en vie réelle » a généralement pour but :

- a. de démontrer « la capacité individuelle à s'assimiler à et dans son nouveau genre » (Alessandrin 2014, p. 47) ; néanmoins, la pratique montre que le bénéfice escompté pour les personnes doit être mis en balance avec les risques encourus, comme nous le montrerons ci-après ;
- b. de protéger les chirurgien.ne.s, les professionnel.le.s et les compagnies d'assurance contre les procès de patient.e.s qui pourraient être insatisfait.e.s des résultats post-opératoires ou regretter l'opération (Israel/Tarver 1997, p. 12). Sur ce dernier point, le respect des principes du consentement éclairé nous paraît plus approprié pour la protection contre les poursuites judiciaires (voir rubrique III.3. ci-dessous : « Droits et obligations des patient.e.s et des médecins »).

### II.4.2.2. Distinction avec le « coming-out » et la « transition »

---

139. Le « coming-out » peut être défini comme le « fait de révéler quelque chose d'intime et de gardé secret à une personne qui n'était pas informée. Fait, par exemple, de révéler sa transidentité [...] à un.e partenaire, à un.e ami.e ou à son employeur » (Augst-Merelle/ Nicot 2006, p. 178-179).

140. Par définition, le *coming-out* relève d'un choix. S'il est réalisé sous la pression d'un tiers, nous parlerons de « coming-out sous contrainte ». Tel est le cas lorsque le *coming-out* vis-à-vis de tout l'entourage et dans tous les aspects de la vie est exigé dans le cadre de l'« expérience en vie réelle ».

141. Quant à la « transition », ce terme n'a pas de définition unique et peut désigner :

- soit un processus de changement *corporel* visant à modifier certaines caractéristiques anatomiques pour les faire correspondre au genre ressenti ;
- soit un processus de changement *social* par lequel une personne délaisse le rôle de genre correspondant au sexe d'assignation pour adopter le rôle de genre d'un autre sexe ;
- soit une combinaison des deux processus précédents.

142. La transition peut débuter avant le premier contact avec une équipe médicale, parfois de nombreuses années auparavant. Selon les personnes et leur conception de la transition, celle-ci commence plus ou moins tôt et l'aspect corporel en constitue une partie variable. En particulier, certains enfants effectuent une transition à l'école primaire puis demandent un traitement hormonal à la puberté. Dans leur cas, la question de l'utilité d'une « expérience en vie réelle » se pose avec acuité parce qu'ils ont déjà fait leur transition sociale et que retarder le début du traitement hormonal revient à accroître leur détresse.

143. La particularité de l'« expérience en vie réelle » est qu'il s'agit d'une notion médicale, qu'elle constitue une condition posée avant l'obtention de certains traitements et qu'elle a lieu sous le contrôle d'un.e psychiatre dans les conditions posées par celui-ci ou son équipe dans le cadre de leur propre protocole.

---

<sup>51</sup> De l'anglais « Real Life Experience ». On trouve aussi « test de vie réelle » (« Real Life Test »).

<sup>52</sup> Voir, concernant l'Allemagne, Hamm/Sauer (2014, p. 19-21), pour la France, Alessandrin (2012 et 2014) et Girard (2013, p. 161-162), pour l'Espagne, Conjuntos Difusos (2012) et pour la Belgique, Genres Pluriels (2014).

### II.4.3. Analyse

144. L'« expérience en vie réelle » ne repose pas sur un consensus au sein de la communauté médicale, ni sur des recherches en ayant prouvé le bien-fondé<sup>53</sup>. Il en résulte que des pratiques divergentes se développent actuellement<sup>54</sup>.

#### II.4.3.1. La condition d'« expérience en vie réelle » avant un traitement hormonal

145. Compte tenu des risques que comporte l'« expérience en vie réelle » lorsqu'elle est mise en œuvre avant tout traitement hormonal, l'American Educational Gender Information Service (1998) l'a qualifiée de « non éthique » au motif :

*« [...] qu'une telle exigence place un énorme fardeau sur la personne et crée un grave risque de chômage, de perte du logement, de harcèlement ou d'agression physique en public ; de séparation d'avec la famille, les amis, l'église ; d'hostilité de la part des organismes de service public, d'agents de l'Etat et d'inconnu.e.s. Nombre de ces risques sont minimisés si la personne débute la période de vie réelle après une période de masculinisation ou de féminisation due aux hormones. Exposer sans nécessité une personne à des risques en exigeant qu'elle change l'identité sous laquelle elle se présente publiquement est contraire à la dignité humaine ainsi qu'à une bonne pratique clinique, et constitue un abus de la relation clinicien.ne./client.e »<sup>55</sup>.*

146. Alessandrin (2012, p. 188), cite un témoignage qui pointe lui aussi du doigt les dangers associés à l'« expérience en vie réelle » :

*« François (28 ans) témoigne : 'Pour moi le test de vie réelle c'est comme un champ de mines. Tu sais que tu vas sauter. Tu sais pas quelles en seront les conséquences ni même auprès de qui tu vas sauter, mais tu vas sauter. J'sais pas comment ça se passe dans les autres protocoles, mais ici à Paris ils ne t'hormonent pas toujours pendant ton real life test. Alors comment tu veux 'passer' si tu n'as pas d'hormones ? Tu te fais insulter dans la rue 'espèce de travlo' et tout quand t'es pas purement et simplement renvoyé de ton boulot ou viré de chez tes parents. Et après ils peuvent dire 'monsieur, vous avez échoué'. Forcément Ducon qu'on a échoué. Quand tu saisis l'truc tu comprends comment se fait la sélection : par l'échec. »*

147. Selon Alessandrin (2012, p. 188), l'« expérience en vie réelle » « est une épreuve qui peut isoler, provoquer des ruptures ou créer des peurs. On voit aussi que ces peurs ne sont pas seulement 'inhérentes' aux transitions, mais qu'elles sont poussées par les protocoles, alors même que les patients s'exposent à des risques importants dus à une visibilité mal maîtrisée ou non désirée ».

148. En effet, pour un certain nombre de personnes, le traitement hormonal est capital pour obtenir l'aspect du sexe dans lequel elles vont se présenter. C'est ce qui s'appelle le « passing »<sup>56</sup>. A titre d'exemple, pour les hommes trans', la thérapie hormonale rend généralement la voix plus grave et fait pousser la barbe et pour les femmes trans', elle entraîne le développement de la poitrine et l'arrondissement des angles du visage en modifiant la répartition des graisses.

149. Il s'ensuit qu'il est fondamental pour la sécurité des personnes d'avoir un bon *passing* lorsqu'elles débutent leur « expérience en vie réelle », ce qui est l'un des résultats attendus du traitement hormonal, couplé avec l'épilation définitive de la barbe (pour les femmes trans') et certains actes de chirurgie, notamment la mastectomie pour les hommes trans', ainsi que la chirurgie de féminisation faciale ou l'opération des cordes vocales pour les femmes trans', selon les cas.

150. Intersex & Transgender Luxembourg a reçu des témoignages positifs au Luxembourg de personnes ayant commencé leur traitement hormonal, puis annoncé leur transition à l'employeur. Les changements corporels induits par le traitement hormonal aident l'entourage professionnel et personnel à imaginer la transition sociale de la personne.

<sup>53</sup> Levine (2009) critique l'« expérience en vie réelle » d'un point de vue éthique, dans la mesure où elle ne repose sur aucune base scientifique solide permettant d'étayer son utilité et sa validité (p. 185). Il enjoint aux professionnel.le.s qui exigent une « expérience en vie réelle » de réaliser que leur pratique relève de la tradition de la pratique clinique plutôt que de la médecine basée sur les preuves (p. 187). Voir aussi Lawrence (2001).

<sup>54</sup> L'American Psychiatric Association (2011, p. 25) indique que « [c]ertains cliniciens accordent une très grande importance à l'autonomie des patient.e.s et leur prescrivent des hormones sur demande, sauf en cas de sérieuse contre-indication médicale. Cela est conforme aux principes énoncés par l'International Conference on Transgender Law and Employment Policy, Inc. (ICTLEP) ». L'ICTLEP a élaboré un protocole de soins qui figure sur Internet : [http://www.transgendercare.com/guidance/resources/ictlep\\_soc.htm](http://www.transgendercare.com/guidance/resources/ictlep_soc.htm) [consulté le 04.05.2014]. En France, des réseaux de professionnel.le.s se développent à côté des équipes hospitalières, et n'exigent pas d'« expérience en vie réelle », par exemple à Lille (Collectif Santé Trans) ou en région parisienne (réseau R.E.S.P.E.C.Trans : <https://respectrans.sharepoint.com/Pages/default.aspx>) ; voir rubrique IV.1.1. : « Les réseaux de professionnel.le.s en France ».

<sup>55</sup> Traduction à partir de l'anglais.

<sup>56</sup> Le *passing* est fait de « passer » ou d'être perçu(e), aux yeux des autres, en tant que membre d'un genre dans lequel on n'a pas été élevé depuis sa naissance (Augst-Merelle/Nicot 2006, p. 182). Un « bon » *passing* trans est une « apparence convaincante quant à l'appartenance à la catégorie de sexe à laquelle la personne s'identifie » (Savio 2013).

### II.4.3.2. La condition d'« expérience en vie réelle » avant la « chirurgie de réassignation sexuelle »

---

151. Les statuts de la CNS imposent expressément l'« expérience en vie réelle » avant le traitement hormonal, mais sont muets concernant la « chirurgie de réassignation sexuelle » (qui est comprise comme incluant la chirurgie pelvienne et mammaire). Là encore, il n'y a pas de consensus ni d'approche scientifiquement validée sur cette question.

152. Exiger une « expérience en vie réelle » avant les chirurgies pose des problèmes similaires à ceux exposés ci-dessus concernant les traitements hormonaux :

153. Alessandrin (2012, p. 188) relève pour la France :

*« En avril 2010, l'Assemblée Générale des associations Trans valide la proposition contre la pratique du real life test. Une jeune Trans, membre d'une association parisienne explique :*

*'Le real life test, en gros, c'est un psy qui te demande de faire ton coming out pour pouvoir être opéré. C'est du chantage et ça te coute ton emploi. Moi, j'ai d'abord pensé que c'était bon pour moi, que ça allait m'aider à m'assumer. Mais en réalité, quand tu perds ton job, c'est pas le psy qui va t'en retrouver un. Donc j'ai décidé de prendre du temps, d'aller moins vite. Ça s'est senti sur mon opération. Elle devait avoir lieu en janvier et là, comme par hasard, on m'en parle plus' ».*

154. En outre, un autre point a été souligné dans la littérature, à savoir que l'« expérience en vie réelle », dont l'un des buts est de diminuer les risques que la personne regrette les mesures médicales définitives, n'est pas l'instrument le plus approprié pour cela, dans la mesure où elle ne prépare pas à la chirurgie elle-même et à ses répercussions.

155. Dès 1999, la Commission ontarienne des droits de la personne (Ontario Human Rights Commission, 1999, p. 15) notait :

*« Bien qu'il y ait un certain consensus sur le fait que la réorientation de genre nécessite du temps et des informations complètes, il existe une controverse significative dans la communauté transgenre sur l'« expérience de vie réelle » et sa nécessité médicale. Beaucoup de cliniques de l'identité de genre – y compris la Gender Identity Clinic au Clarke Institute of Psychiatry –, mais pas toutes, utilisent l'« expérience de vie réelle » comme une condition préalable à la chirurgie de réassignation de sexe. Pendant la phase de consultation, un individu ayant de l'expérience avec le système médical a déclaré que l'« expérience de vie réelle » ne fournit pas d'informations utiles aux patient.e.s sur ce à quoi ils/elles doivent s'attendre avec la chirurgie de réassignation de sexe. Il s'agit plutôt d'une période de conformité à un ensemble rigide de critères. Plusieurs personnes ont reconnu qu'il faut du temps pour prendre la décision de se faire opérer et que ce dont les individus ont besoin, c'est une procédure de consentement éclairé, comme pour tous les autres types de chirurgie »<sup>57</sup>.*

156. Il en ressort que:

- a. tous les centres spécialisés en chirurgie de réassignation ne demandent pas une « expérience en vie réelle » avant la chirurgie ;
- b. ce n'est pas l'« expérience en vie réelle » qui permet aux patient.e.s d'évaluer l'impact de la chirurgie, mais les informations données par le/la chirurgien.ne en vue d'un consentement éclairé, comme pour n'importe quel autre type de chirurgie.

157. En tout état de cause, c'est aux chirurgien.ne.s qui effectuent l'opération qu'incombe la responsabilité finale de s'assurer du consentement des patient.e.s.

### II.4.3.3. Mise à mal du principe de non-malfaisance

---

158. Le principe de non-malfaisance consiste à ne pas nuire à autrui. Il est formulé ainsi dans le Code de déontologie médicale (2013) :

**« Le premier devoir**

**Article 38**

*Le devoir premier du médecin est de ne pas porter atteinte à la personne avec laquelle se noue la relation thérapeutique [...] ».*

159. Si une personne débute une « expérience en vie réelle » avec un *passing* insuffisant, elle court des risques dans sa vie quotidienne et sa sécurité n'est pas garantie :

---

<sup>57</sup> Traduction à partir de l'anglais.

- a. Contrôles d'identité : risque de situations humiliantes où la personne doit s'expliquer et se voit contrainte à un *coming-out* forcé, par exemple, lors des contrôles des papiers d'identité au cours des trajets aériens ou des contrôles routiers par la police. Souvent, ces contrôles sont réalisés par un personnel n'ayant pas été formé préalablement à la façon de traiter les personnes trans'. Pour ces dernières, le risque d'être traitées de manière inadéquate est élevé, mais aussi le risque de fouilles corporelles inappropriées, par le personnel du « mauvais sexe », etc., ce qui constitue des atteintes à leur dignité.
- b. Restriction de la liberté de voyager : impossibilité de voyager dans certains pays, tels que les pays qui appliquent la sharia ou tout simplement les pays qui refusent laisser entrer les personnes trans' à cause d'une présentation de genre non-conforme aux papiers d'identité.
- c. Agressions, remarques insultantes dans la rue.
- d. Le droit de vote sera refusé en cas de non-concordance entre l'aspect physique et les documents d'identité.
- e. La recherche de logement devient problématique.
- f. Harcèlement à l'école.
- g. L'« expérience en vie réelle » risque d'aboutir à une désocialisation de la personne. Etc. <sup>58</sup>.

160. La condition préalable de l'« expérience en vie réelle » doit être analysée au regard de l'équilibre entre les bénéfices escomptés et les risques encourus. Or, vu les risques importants qu'elle comporte, la condition de l'« expérience en vie réelle » doit être considérée comme enfreignant le principe de non-malfaisance et, à ce titre, être supprimée des statuts de la CNS.

#### II.4.3.4. Arbitraire

---

##### II.4.3.4.1. Un critère flou de diagnostic

---

161. Les statuts de la CNS ne mentionnent pas les critères selon lesquels l'« expérience en vie réelle » pourrait être jugée réussie. Cette constatation n'est pas spécifique aux statuts mais elle est effectuée par plusieurs auteur.e.s d'une manière générale (voir, notamment, Levine 2009). Dans le même ordre d'idées, aucun critère n'est mentionné qui permettrait de justifier la prolongation de la période d'un an.

162. Alessandrin (2012) relève à juste titre qu'« on ne sait pas réellement ce que recouvre ce 'test en vie réelle'. Et l'on est en mesure de se demander si ce test n'est pas aussi un élément du diagnostic, mesurant la résistance du 'patient' et donc la persistance de la demande ». [...] Il ajoute : « Quand les real life tests deviennent des éléments diagnostics, en cas d'échec, comment prouver 'la bonne volonté' ou 'la régularité de la demande' ? Le real life test opère comme un élément diagnostic de tri au lieu d'être cet accompagnement dans une étape voulue et coproduite. »

163. L'absence de clarté sur le contenu de l'« expérience en vie réelle » et le manque de critères est source d'arbitraire.

##### II.4.3.4.2. Stéréotypes de genre

---

164. Un stéréotype de genre peut être défini comme étant « toute représentation (langage, attitude ou représentation) péjorative ou partielle de 'l'un' ou 'l'autre' sexe, tendant à associer des rôles, comportements, caractéristiques, attributs ou produits réducteurs et particuliers à des personnes en fonction de leur sexe, sans égard à leur individualité » (les guillemets sont de notre fait) <sup>59</sup>.

165. Que se passe-t-il, par exemple, pour les femmes trans' qui ne souhaitent pas porter de jupes ou de robes ? Ou encore pour les personnes qui ne souhaitent pas se conformer à 100 % au rôle de genre associé à « l'autre » sexe ?

166. Dans les pays et les équipes qui prévoient la condition de l'« expérience en vie réelle », l'arbitraire se constate notamment au niveau de la mobilisation des stéréotypes de genre.

167. Nous citerons ici Pablo Vergara Pérez, responsable de *Conjuntos Difusos* (Espagne), qui décrit concrètement l'évaluation par des psychiatres de l'« expérience en vie réelle » :

*« Cela signifie que vous devez porter des vêtements déterminés – ceux que le docteur estime être des habits de femmes ou d'hommes. Le docteur détermine où vous achetez vos vêtements – par exemple, vous pouvez porter des blue jeans, mais seulement si vous les achetez dans une boutique pour femmes, ou dans la section pour*

---

<sup>58</sup> Ces risques sont diminués – même s'ils peuvent subsister - lorsque des mesures médicales permettent de transformer l'apparence physique conformément au genre ressenti. C'est à la personne de mesurer les risques qu'elle prend ou ne prend pas, étape par étape, dans quels domaines de sa vie, avec qui et dans quels lieux. Cela relève alors de son choix et de son évaluation de sa sécurité.

<sup>59</sup> Définition adoptée par la Direction de l'Égalité des Chances de la Communauté française de Belgique et citée par CEFA (2009).

*femmes d'une boutique mixte. Le docteur détermine aussi si vous devez ou ne devez pas vous maquiller, comment sont vos relations à votre travail, avec votre famille, vos amis... »<sup>60</sup>.*

168. Ce n'est pas un cas isolé et tous les témoignages provenant des pays appliquant un protocole comportant une « expérience en vie réelle » convergent dans le même sens : ils montrent que les stéréotypes de genre occupent une place centrale dans l'évaluation psychiatrique<sup>61</sup>. A cet égard, Hammarberg (2011, p. 119) a fait observer que certains Etats européens :

*« exigent que le demandeur ait une 'expérience vécue', c'est-à-dire qu'il ou elle vive en tant que personne du genre choisi pendant une période spécifiée qui varie selon les Etats. Les médecins évaluent parfois le 'succès' de cette 'expérience vécue' sur la base des goûts vestimentaires de l'intéressé(e) et de son comportement, qui est censé correspondre aux normes établies pour le genre choisi. Les personnes transgenres indiquent qu'elles sont amenées à se conduire de manière très stéréotypée, souvent à l'extrême, pour coller aux critères d'éligibilité ».*

169. Comment pourrait-il en être autrement, puisque l'« expérience en vie réelle » implique que les psychiatres se fondent sur ce qui est visible ? Sur quels critères peuvent-ils se fonder, à part leurs propres représentations de ce qui est masculin ou féminin, sachant qu'il n'existe pas de critères objectifs pour déterminer ce qui est masculin ou féminin ?

170. Par ailleurs, lorsqu'une personne a un mauvais *passing* dans son nouveau rôle social de genre, ce n'est pas en rapport avec son identité. Informer sur les conséquences d'un mauvais *passing* ne fait pas partie des tâches au cœur de la fonction de psychiatre. Plutôt que de contraindre une personne à une consultation psychiatrique coûteuse pouvant être stigmatisante, il serait fondamental que cette personne entre en contact avec d'autres personnes ayant déjà parcouru elles-mêmes ce chemin, constituées en associations ou en groupes d'entraide, par exemple, notamment parce que cela peut être un facteur important de résilience.

171. Hammarberg recommande aux États de :

*« Prendre toutes les dispositions législatives et administratives, ainsi que toute autre mesure, nécessaires pour garantir une protection complète contre les pratiques médicales nuisibles qui se rapportent à [...] l'identité de genre, y compris celles fondées sur des stéréotypes, dérivés ou non de la culture, ayant trait au comportement, à l'apparence physique ou à des normes de genre perçues ; » (2011, p. 24).*

#### **II.4.3.4.3. Glissement de l'outil diagnostic à l'instrument de contrôle fondé sur la contrainte**

172. En tant que critère diagnostic d'aptitude aux traitements hormonaux et/ou chirurgicaux, l'« expérience en vie réelle » fausse la relation thérapeutique qui est remplacée par une relation de contrôle<sup>62</sup> basée sur la contrainte.

173. Cette contrainte découle du fait que l'« expérience en vie réelle » est posée comme *condition* d'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux. Franzen/Sauer (2010, p. 17, note 56) soulignent l'absence de choix pour les intéressé.e.s :

*« [...] puisque le test [de vie réelle] ne se déroule pas sur une base volontaire mais qu'il est effectué la plupart du temps à un moment où aucun passing dans le genre choisi n'est possible et que la personne doit encore et toujours s'expliquer, notamment au travail, de nombreuses personnes trans' ressentent le test de vie réelle comme une contrainte et un fardeau »<sup>63</sup>.*

174. Les témoignages recueillis par Alessandrin (2012, p. 188, cf. ci-dessus) soulignent eux aussi cette dimension en montrant que l'« expérience en vie » réelle revient à imposer un *coming-out* aux personnes souhaitant des traitements hormonaux et chirurgicaux. Ce *coming-out* sous contrainte est contraire au droit à la vie privée.

175. En France, un litige est actuellement pendant devant la Cour d'appel de Versailles pour contester la condition de l'« expérience en vie réelle ».

176. C'est aux personnes concernées de décider quel est le meilleur moment pour faire un *coming-out* et à quel moment le *coming-out* doit être effectué par rapport aux traitements hormonaux et chirurgicaux. Certaines personnes n'ont pas besoin de traitement hormonal ou chirurgical pour avoir un bon *passing* alors que d'autres en dépendent. Les situations individuelles sont très variables et les personnes doivent être mises en position d'évaluer elles-mêmes ce qui correspond à leurs besoins ou à leurs contraintes de vie.

<sup>60</sup> Communication personnelle du 19 février 2014 (traduction à partir de l'anglais).

<sup>61</sup> Concernant l'Allemagne, Fuchs e.a. (2013, p. 74) ont relevé que, « dans toute une série d'interviews, les personnes concernées parlent d'expert.e.s qui placent au fondement de leurs expertises des représentations stéréotypées du sexe et des rôles de genre, ce qui ne reflète plus du tout la diversité de la société actuelle » (traduction à partir de l'allemand).

<sup>62</sup> Nous renvoyons à la définition du contrôle social (cf. glossaire).

<sup>63</sup> Traduction à partir de l'allemand.

#### II.4.4. Synthèse et recommandation

---

177. Les statuts posent une condition d'« expérience en vie réelle » sous contrôle psychiatrique d'au moins un an avant le début d'un traitement hormonal, d'une part, et un contrôle *a posteriori* de la façon dont s'est déroulée cette période par le CMSS, d'autre part, dans le cadre de l'examen de la demande d'autorisation préalable. L'« expérience en vie réelle » peut être définie comme un concept médical désignant une période pendant laquelle une personne trans' vit de façon permanente dans le rôle de genre désiré, cette période étant conçue, par les protocoles médicaux qui la prévoient, comme une condition préalable à des traitements hormonaux et/ou chirurgicaux.

178. L'« expérience en vie réelle » imposée comme condition préalable à l'accès à un traitement hormonal ou chirurgical comporte des risques importants pour les personnes : risque de chômage, de perte du logement, de harcèlement et d'agression physique dans les espaces publics (notamment à l'école), de rupture des liens familiaux, de situations humiliantes lors des contrôles d'identité et, plus globalement, de désocialisation de la personne. En raison de ces risques, la condition de l'« expérience en vie réelle » doit être considérée comme enfreignant le premier principe de la médecine, à savoir le principe de non-malfaisance énoncé à l'article 38 du Code de déontologie médicale.

179. En outre, la condition de l'« expérience en vie réelle » est problématique à d'autres égards : elle a un caractère arbitraire, risque de porter sur des éléments visibles mesurés à l'aune des stéréotypes de genre, fausse la relation thérapeutique (qui est remplacée par une relation de contrôle basée sur la contrainte), et revient à imposer aux personnes des *coming-out* non souhaités de façon répétée, ce qui constitue une violation de leur vie privée.

180. Intersex & Transgender Luxembourg recommande qu'aucune condition d'« expérience en vie réelle » ne soit posée comme préalable à un traitement hormonal ou à un traitement chirurgical.

### II.5. Un dispositif conçu comme une succession d'étapes prédéfinies

---

181. Le dispositif prévu par les statuts est conçu comme une succession d'étapes prédéfinies. Les statuts rendent obligatoire l'« expérience en vie réelle » sous contrôle psychiatrique avant tout traitement hormonal. Le présupposé sous-jacent est que ces étapes se font l'une après l'autre, dans cet ordre. Or, les mesures médicales sont une partie du processus complexe qu'est la transition et les situations individuelles sont très variables. Imposer un certain ordre dans les traitements médicaux est problématique à plusieurs titres.

#### II.5.1. Des parcours individuels variables

---

182. Les statuts de la CNS prévoient une succession d'étapes dans un certain ordre, mais le respect des étapes prévues peut porter préjudices aux personnes.

##### II.5.1.1. Condition de l'« expérience en vie réelle » et traitement hormonal

---

183. Pour certaines personnes, faire un *coming-out* avant de prendre un traitement hormonal entraîne un risque élevé de « suicide social ». Or, les statuts tels qu'ils sont conçus actuellement imposent un *coming-out* dans toutes les sphères de la vie (dans le cadre de l'« expérience en vie réelle ») avant tout traitement hormonal. Pour certaines personnes, il est capital, au contraire, de ne pas avoir à faire de *coming out*, par exemple auprès de l'employeur, auquel cas un changement de travail s'effectuera dans le nouveau rôle social de genre. Des situations spécifiques peuvent aussi se rencontrer à l'école ou dans la famille. Personne ne doit être contraint de faire un *coming-out* dans l'une quelconque des sphères de sa vie sociale.

##### II.5.1.2. Traitement hormonal avant ou après certaines chirurgies ?

---

184. Pour les hommes trans' (effectuant un parcours « femme vers homme »), la mastectomie est généralement un élément déterminant du *passing* et est tout aussi important que la prise de testostérone qui rend la voix plus grave (dans la plupart des cas)<sup>64</sup>. Pour les femmes trans', l'épilation définitive de la barbe est capitale pour le *passing*.

##### II.5.1.3. La chirurgie de réassignation génitale n'est pas un passage obligé

---

185. En premier lieu, toutes les personnes qui demandent des mesures médicales ne souhaitent pas nécessairement se soumettre à des chirurgies.

---

<sup>64</sup> Fuchs e.a. (2013, p. 86) constatent que la mastectomie « constitue la plupart du temps pour les hommes trans la première opération de réassignation sexuelle et la plus urgente : 84 % des hommes trans ayant rempli le questionnaire l'ont déjà réalisée, tandis que les 16 % restants la prévoient dans un futur proche. Cependant, pour 64 % d'entre eux, une opération ne suffit pas parce qu'une correction est nécessaire » (traduction à partir de l'allemand).

186. Dans un arrêt fondamental du 11 janvier 2011, la Cour constitutionnelle fédérale allemande a réalisé le constat suivant <sup>65</sup> :

*« [...] entre 20 et 30 % des transsexuels qui introduisent une demande de changement de prénom restent durablement dans [cette situation] sans opération [...]. En vertu des découvertes récentes, le désir et la réalisation d'une opération ne sont pas caractéristiques de l'existence de la transsexualité. »*

187. Dans cet arrêt, la Cour a jugé inconstitutionnelle la condition d'intervention chirurgicale posée par la loi allemande sur les transsexuels pour le changement de sexe à l'état civil. Depuis cet arrêt, les demandes de rectification de l'état civil ont sensiblement augmenté, sans que cette augmentation s'accompagne d'une augmentation simultanée des chirurgies pratiquées (Nieder/Briken/Richter-Appelt 2014, p. 376).

188. De fait, l'expérience de terrain montre que certaines personnes ne se font opérer que parce que cela est nécessaire pour obtenir la rectification de leur état civil.

189. Ainsi, considérer la chirurgie des organes génitaux comme l'étape ultime du parcours pour *toutes* les personnes trans' demandant à bénéficier de traitements ne correspond à la réalité <sup>66</sup>.

190. Par ailleurs, si les professionnel.le.s de la santé partent du principe qu'une personne trans' doit nécessairement appartenir au système binaire de genre (soit être une femme, soit être un homme), cela crée le risque que la personne se sente poussée à accepter certaines chirurgies pour cadrer avec ce schéma, sans que cela corresponde à son propre souhait.

191. Segev (cité par Alessandrin 2014, p. 49) en donne un exemple en retranscrivant un entretien entre un psychiatre et un jeune homme trans' :

*« Olivier : pourquoi faire une hystérectomie si elle n'est pas nécessaire ? J'ai très peur des opérations et je trouve celle-là vraiment pas nécessaire. S'il y avait une chose qui me gênait c'était les règles mais ça s'est arrêté depuis que je prends des hormones.*

*Le Psychiatre : vous touchez ici le fond de notre inconscience collective. Un homme avec un utérus c'est quelque chose d'impensable. Un homme ne peut pas être enceint.*

*Olivier : ce n'est pas la question que j'ai posée. Ce n'est pas quelque chose que je veux faire ou que je voudrais faire plus tard.*

*Le Psychiatre : mais vous ne pouvez jamais savoir. Ce n'est pas qu'une question de volonté. Vous pouvez aussi être violé(e). [...] Vous devez comprendre qu'il faut avoir une certaine cohérence. Ici nous ne faisons pas des opérations à la carte. Il faut distinguer les vrais transsexuels de ceux pour qui c'est un caprice. C'est notre travail ! »*

192. Il semble étonnant de qualifier de « caprice » l'évaluation par la personne des risques d'une opération lourde. Alessandrin (2014, p. 49) commente cet extrait de la façon suivante :

*« Ici, l'application à psychiatriser ne sollicite pas seulement l'attention du psychiatre et du patient mais aussi des normes, alors mobilisées pour justifier d'une opération non consentie par le patient. »*

## **II.5.2. Incompatibilité avec la Convention européenne des droits de l'homme**

---

193. La Cour européenne des droits de l'homme a jugé qu'il était contraire à la Convention européenne des droits de l'homme d'appliquer de façon mécanique – sans tenir compte des situations individuelles – les conditions de prise en charge prévues pour les personnes transsexuelles. Nous renvoyons à ce sujet à la rubrique III.2.4. et à l'arrêt Schlumpf c. Suisse.

## **II.5.3. Synthèse et recommandation**

---

194. Tous les traitements hormonaux et chirurgicaux de réassignation sexuée ne sont pas souhaités par les personnes trans', ni dans le même ordre. Comme le résume Reucher (2014) : « [...] sauf contre-indication de santé, les personnes transidentitaires doivent pouvoir décider des étapes du traitement, de leur ordre et de leur rythme. Les médecins et les consultants doivent en discuter. Les parcours de soins doivent être individualisés car chaque personne est différente et ses besoins également. Certaines étapes peuvent être effectuées dans un ordre différent de l'habitude [...]. » Tout traitement médical doit être mis en œuvre en tenant compte des besoins individuels de la personne et aucune instance extérieure (statuts de la CNS, psychiatre ou autre médecin) n'est en mesure de savoir quels sont ces besoins à la place de la personne.

195. Intersex & Transgender Luxembourg recommande de ne pas exiger, comme condition de la prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux, une succession d'étapes devant respecter un ordre et un rythme prédéfinis, mais de

<sup>65</sup> Bundesverfassungsgericht (2011), paragraphe 31.

<sup>66</sup> Ce constat est aussi fait par TAMIJI pour la France (2014, p. 37).

mettre en œuvre les traitements de façon adaptée aux besoins de chaque personne, sur la base des informations que les professionnel.le.s de la santé lui fournissent, en application du droit à l'auto-détermination.

## II.6. Restriction du libre choix du médecin

---

196. Le libre choix du médecin est prévu à l'article 10 du Code de déontologie médicale (2013) et à l'article 19 du Code de la sécurité sociale. Ce principe est réaffirmé par le projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient, dans lequel figure le commentaire suivant à propos de l'article 5 initial : « Chaque patient a le droit de choisir librement le prestataire de soins de santé par lequel il veut être pris en charge. Ce droit est un dérivé du droit à l'autodétermination dont toute personne dispose »<sup>67</sup>.

197. Le principe du libre choix du prestataire de santé est renforcé le projet de loi n° 6554 sur les soins de santé transfrontaliers qui consacre un droit à la libre circulation en matière de soins de santé, sauf exceptions strictement encadrées<sup>68</sup>.

198. **Le principe du libre choix du prestataire de santé s'applique à tous les soins nationaux ou transfrontaliers, soumis à autorisation préalable ou non.**

199. La question du libre choix du médecin se pose à la fois pour les chirurgien.ne.s et pour l'endocrinologue, mais aussi pour le médecin traitant.

### II.6.1. Choix du médecin prescripteur du traitement hormonal

---

200. Certains médecins traitants (généralistes) acquièrent une expérience dans le suivi du traitement hormonal des personnes trans'. La *prolongation* du traitement devrait pouvoir être effectuée par un généraliste. Pour ce qui est du *début* du traitement, connaissant le nombre réduit des endocrinologues expérimentés en matière de traitements des personnes trans' au Luxembourg et les délais d'attente qui s'élèvent parfois à quelques mois, la prescription des traitements hormonaux devrait aussi être reconnue lorsqu'elle est effectuée par un médecin généraliste. On peut citer le cas de la Maison dispersée de Santé de Lille, où des généralistes prennent en charge le suivi hormonal des personnes trans', avec l'appui d'un conseil scientifique externe comprenant un endocrinologue.

### II.6.2. Choix du/de la chirurgien.ne

---

201. Selon le point 15, paragraphe (4), de l'annexe C, des statuts de la CNS :

*« (4) La prise en charge par l'assurance maladie de la chirurgie de réassignation sexuelle est subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. La Caisse nationale de santé fonde sa décision sur la transmission préalablement au commencement du traitement chirurgical d'une demande d'autorisation de traitement à l'étranger appuyée à l'adresse du Contrôle médical de la sécurité sociale d'un rapport détaillé et documenté établi par un médecin **spécialiste en chirurgie plastique** exerçant dans un **centre spécialisé en chirurgie de réassignation sexuelle**, spécifiant les étapes du traitement subies et à subir par la personne protégée et les coûts du traitement chirurgical envisagé. »* (C'est nous qui soulignons.)

202. En ce qui concerne la chirurgie de réassignation, la demande d'autorisation préalable doit :

- être accompagnée d'un « rapport détaillé et documenté » ;
- établi par un médecin « spécialiste en chirurgie plastique » ;
- et provenir d'un.e chirurgien.ne « exerçant dans un centre spécialisé en chirurgie de réassignation sexuelle ».

203. Deux constats peuvent être formulés.

204. Le premier est que ce n'est pas la spécialisation en chirurgie plastique<sup>69</sup>, en soi, qui fonde la compétence des chirurgien.ne.s en réassignation sexuelle.

205. Des chirurgiens de spécialités différentes peuvent réaliser les opérations de réassignation sexuelle, selon le type d'intervention. Par exemple, des urologues pour les opérations génitales des femmes trans', ou pour certaines interventions concernant les hommes trans'. La chirurgie plastique est une formation complémentaire à une spécialité de base.

---

<sup>67</sup> Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg (2012) : projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient, p. 26. [http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/139/193/113982.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/139/193/113982.pdf) [consulté le 31.05.2014].

<sup>68</sup> Voir rubrique II.7.2.2. : « Soins transfrontaliers ».

<sup>69</sup> La chirurgie plastique englobe la chirurgie réparatrice et la chirurgie esthétique.

206. Il en résulte que la condition de la spécialisation en chirurgie plastique peut aboutir à une restriction du libre choix du médecin.

207. Le deuxième constat est que la formulation « centre spécialisé en chirurgie de réassignation sexuelle » conduit elle aussi à une restriction du libre choix du médecin. A titre d'exemple, un.e chirurgien.ne spécialiste de la mastectomie des personnes trans<sup>70</sup> peut être réputé dans ce domaine sans toutefois pratiquer dans un centre spécialisé dans la chirurgie *génitale*. La formulation « chirurgie de réassignation *sexuelle* » est ambiguë parce qu'elle est généralement comprise comme recouvrant la chirurgie *génitale*, alors que les statuts y incluent la mastectomie et la mammoplastie, en tant qu'actes relevant de la chirurgie mammaire.

208. Par conséquent, il n'y a pas lieu de conditionner la prise en charge au fait que le médecin soit « spécialiste en chirurgie plastique » et exerce dans un « centre spécialisé en chirurgie de réassignation sexuelle ».

### II.6.3. Synthèse et recommandation

---

209. Pour les traitements hormonaux comme chirurgicaux, les statuts emploient des formulations pouvant conduire à une restriction du libre choix du médecin. Intersex & Transgender Luxembourg recommande que le libre choix du médecin soit garanti.

## II.7. Régime de l'autorisation préalable

---

210. Les statuts de la CNS soumettent les traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans<sup>70</sup> au régime de l'autorisation préalable. Comme nous l'avons dit à la rubrique II.1.2.2., le rôle du/de la psychiatre constitue un élément central de l'évaluation du CMSS, tant pour l'autorisation des traitements hormonaux que pour les traitements chirurgicaux.

211. Les statuts de la CNS organisent différemment la prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux, dans la mesure où des conditions supplémentaires s'appliquent à la prise en charge des traitements hormonaux. Se pose par ailleurs la question de l'opportunité du régime de l'autorisation préalable.

### II.7.1. Régime de l'autorisation préalable pour les traitements hormonaux

---

212. La demande d'autorisation préalable est requise à la fois pour le début du traitement, mais aussi pour sa prolongation (sauf avis contraire). Les statuts prévoient que le CMSS rende un avis motivé sur la demande de prise en charge, sur la base des documents élaborés par un.e endocrinologue et un.e psychiatre. Nous aborderons successivement le rôle du/de la psychiatre et de l'endocrinologue. Nous commencerons par un bref commentaire concernant le rôle confié à l'endocrinologue et ses conséquences pour le CMSS, avant d'aborder la question plus complexe de la mission du/de la psychiatre.

#### II.7.1.1. Rôle de l'endocrinologue et conséquences pour le CMSS

---

213. Pour tout *début* de traitement hormonal, l'affilié.e doit joindre à la demande d'autorisation préalable « une prescription et un rapport endocrinien établis par un médecin spécialiste en endocrinologie. Le rapport doit comporter le plan de traitement pour une période initiale de 12 mois » [point 15), paragraphe 3, point 2, de l'annexe C des statuts de la CNS]. Or, les traitements hormonaux ne sont pas toujours supportés (Reucher 2014) et, s'il faut en changer, cela nécessite une nouvelle demande d'autorisation préalable qui entraîne de nouvelles charges administratives.

214. En outre, le rapport initial de l'endocrinologue doit être actualisé pour la *prolongation* du traitement. Le point 15, paragraphe (3), dernier alinéa, de l'annexe C, les statuts de la CNS énoncent :

« **Sauf avis contraire** du Contrôle médical de la sécurité sociale, toute demande d'autorisation de **prolongation** de prise en charge de l'hormonostitution dans le cadre d'un traitement du syndrome de dysphorie de genre doit être **accompagnée des rapports susmentionnés actualisés** » (c'est nous qui soulignons).

215. Les statuts ne précisent pas si l'affilié devra présenter *tous les ans*, une nouvelle demande d'autorisation préalable ou si l'autorisation de prolongation du traitement sera accordée sans limitation de temps.

216. Les personnes qui ont eu une gonadectomie<sup>70</sup> ont besoin d'un traitement hormonal de substitution à vie pour pallier l'absence des hormones qui ne sont plus produites par les gonades. Dans ce cas, le traitement doit être prolongé de façon automatique et la prescription devrait pouvoir être renouvelée par tout médecin. Le CMSS peut décider de déroger à la nécessité de délivrer une demande d'autorisation préalable, mais cela implique qu'il reçoive d'abord la demande

---

<sup>70</sup> La gonadectomie est l'ablation des gonades, qui sont les glandes produisant les gamètes et les hormones mâles ou femelles ; testicules ou ovaires (Quevauvilliers 2009).

d'autorisation préalable, puis rende un avis indiquant qu'elle n'est pas nécessaire dans ce cas : ce sont des charges administratives supplémentaires manifestement inutiles.

### II.7.1.2. Rôle du/de la psychiatre et conséquences pour le CMSS

217. Selon le point 15), paragraphe (3), de l'annexe C des statuts de la CNS :

(3) [...] *L'avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de l'initialisation de l'hormonosubstitution fonde sur :*

1. *le rapport médical détaillé établi par un médecin spécialiste en **psychiatrie** documentant le suivi de la personne protégée au cours de son expérience en vie réelle pendant la durée d'au moins douze mois permettant au Contrôle médical de la sécurité sociale de conclure au **caractère indispensable** du traitement médicamenteux envisagé*

[...] »

218. Ces dispositions sont problématiques à plusieurs égards.

#### II.7.1.2.1. Arbitraire

219. Même si les statuts indiquent que le rapport du/de la psychiatre doit comprendre un diagnostic de « dysphorie de genre », un diagnostic différentiel et la documentation d'une « expérience en vie réelle », les dispositions susmentionnées laissent ouvertes plusieurs questions :

- a. Qu'est-ce qu'un rapport « détaillé » ?
- b. Sur quels éléments concrets le « rapport détaillé » à soumettre par le/la psychiatre est-il censé porter ?
- c. Selon quels critères le CMSS de la CNS est-il censé juger que le rapport est suffisamment complet ?
- d. Qui peut évaluer les « détails » du rapport, sachant qu'aucun.e psychiatre ne travaille au CMSS <sup>71</sup> ?

220. Un premier constat est que le manque de critères entraîne nécessairement une part d'arbitraire dans l'appréciation des rapports des psychiatres par le CMSS et aucun élément n'indique sur quels critères le CMSS va se fonder pour juger du caractère « indispensable » du traitement médicamenteux envisagé.

#### II.7.1.2.2. Stéréotypes de genre

221. Les problèmes décrits pour l'évaluation de l'« expérience en vie réelle » par les psychiatres (voir rubrique II.4.3.4.2. : « Stéréotypes de genre ») se répercutent sur l'évaluation à réaliser par le CMSS sur la base du rapport psychiatrique détaillé.

#### II.7.1.2.3. Incompatibilité avec le Code de déontologie médicale

222. Le principe est que les rapports psychiatriques, compte tenu du dévoilement de l'intimité des personnes sur lesquelles ils portent, doivent se limiter au strict nécessaire.

223. L'article 34, troisième alinéa, du Code de déontologie médicale (2013), qui a trait aux rapports et aux certificats rédigés par les médecins, précise :

« Les documents doivent être rédigés avec prudence et discrétion [...] »

224. L'obligation de fournir un rapport « détaillé » au CMSS est en contradiction avec cet article du Code de déontologie médicale, non seulement en soi, mais aussi parce que la « dysphorie de genre » n'est pas une pathologie. Les mêmes observations s'appliquent aux demandes de prolongation puisque les statuts prévoient des rapports actualisés. Combien de rapports psychiatriques devront-ils être envoyés au CMSS avant que celui-ci décide que l'autorisation préalable n'est plus requise pour les traitements hormonaux ?

225. Par ailleurs, la nécessité pour le CMSS de conclure au caractère « indispensable » du traitement risque d'amener le CMSS à empiéter sur le rôle du médecin traitant, ce qui serait contraire à l'article 94 du Code de déontologie médicale. Celui-ci énonce en effet que le médecin de contrôle :

« [...] ne doit pas s'immiscer dans le traitement que suit la personne examinée, dans la mesure où ce traitement est conforme aux données acquises de la science et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé. »

<sup>71</sup> D'après la page web relative au CMSS : <http://www.mss.public.lu/acteurs/cmss/index.html> [consultée le 11 juin 2014].

#### **II.7.1.2.4. Incompatibilité avec la Convention européenne des droits de l'homme**

226. Dans l'affaire Van Kück c. Allemagne, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé qu'« il apparaît disproportionné d'exiger d'une personne qu'elle prouve le caractère médicalement nécessaire d'un traitement, dût-il s'agir d'une opération chirurgicale irréversible, lorsqu'est en jeu l'un des aspects les plus intimes de sa vie privée » (point 82). Selon toute vraisemblance, la mission confiée au CMSS de conclure au caractère « indispensable » du traitement médicamenteux envisagé est contraire à la Convention européenne des droits de l'homme telle qu'elle est interprétée par cette jurisprudence (qui a trait à l'article 8 CEDH sur le droit à la vie privée)<sup>72</sup>.

### **II.7.2. Opportunité du régime de l'autorisation préalable**

227. Les statuts de la CNS prévoient le régime de l'autorisation préalable pour les traitements hormonaux et chirurgicaux, qu'ils soient dispensés au Luxembourg ou à l'étranger. Nous examinerons la question de savoir si le régime de l'autorisation préalable se justifie, en opérant une distinction entre les soins transfrontaliers et les autres.

#### **II.7.2.1. Soins au Luxembourg**

228. Etant donné que les traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans relèvent de leur droit à l'auto-détermination tel qu'il a été défini par la Cour européenne des droits de l'homme, leur prise en charge ne devrait pas être soumise à des conditions plus restrictives que les autres traitements hormonaux et chirurgicaux.

229. De ce fait, il n'y a pas lieu de faire relever les traitements hormonaux du régime de l'autorisation préalable, que ce soit pour une demande initiale ou une demande de prolongation. Il en va autrement des actes chirurgicaux en raison de leur coût.

#### **II.7.2.2. Soins transfrontaliers**

##### **II.7.2.2.1. Directive 2011/24/UE**

230. La directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 (Union européenne 2011) est relative à « l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers », définis à l'article 3, sous e), comme les « soins de santé dispensés ou prescrits dans un Etat membre autre que l'Etat membre d'affiliation ».

231. Les principes généraux posés par la directive sont les suivants :

- a. « l'Etat membre d'affiliation veille à ce que les frais engagés par une personne assurée qui reçoit des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, si les soins de santé en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans l'Etat membre d'affiliation » (article 7, paragraphe 1) ;
- b. les coûts sont pris en charge « à hauteur des coûts que [l'Etat d'affiliation] aurait pris en charge si ces soins de santé avaient été dispensés sur son territoire, sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé perçus » (article 7, paragraphe 4) ;
- c. « [l]Etat membre d'affiliation ne soumet pas le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers à une autorisation préalable », sauf exceptions, notamment lorsque les prestations sont soumises à autorisation préalable sur le territoire national ou lorsqu'elles impliquent de passer au moins une nuit dans un hôpital (articles 7, paragraphe 8, et 8).

232. Actuellement, les traitements à l'étranger des personnes affiliées au Luxembourg peuvent être pris en charge en cas d'urgence ou sur autorisation préalable, mais l'autorisation préalable ne peut pas être refusée si le traitement n'est pas possible au Luxembourg.

##### **II.7.2.2.2. Projet de loi n° 6554**

233. Le projet de loi n° 6554 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg 2013) a été voté le 17 juin 2014 par la Chambre<sup>73</sup>. Il reprend les principes

<sup>72</sup> Sur l'arrêt Van Kück c. Allemagne, nous renvoyons à la rubrique III.2. : « Violation du droit à la vie privée ».

<sup>73</sup> Il s'agissait du premier vote constitutionnel. Une demande de dispense du second vote constitutionnel a été déposée auprès du Conseil d'Etat. Pour le texte coordonné proposé au vote des députés par la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, voir : Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2014), rapport de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (28.5.2014). [http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServingServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/114/362/131631.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServingServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/114/362/131631.pdf) [consulté le 04.06.2014].

généraux précités fixés par la directive, notamment le principe selon lequel le régime de l'autorisation préalable pour les soins de santé transfrontaliers doit faire partie des exceptions. Parmi les exceptions retenues par le projet de loi voté le 17 juin, figure le séjour hospitalier d'au moins une nuit.

234. Etant donné que les chirurgies de réassignation génitale ne sont pas pratiquées au Luxembourg et impliquent au moins une nuit à l'hôpital, elles relèvent de ce cas de figure.

235. En revanche, s'agissant des traitements hormonaux, rien ne semble justifier la nécessité d'une dérogation au principe général de la libre circulation des affilié.e.s pour les soins de santé transfrontaliers, sauf dans le cas où le remboursement de frais connexes entre en ligne de compte. C'est notamment le cas des adolescent.e.s trans', qui doivent se rendre à l'étranger pour commencer un traitement hormonal, ce qui n'implique pas de nuit à l'hôpital en principe (mais généralement une nuit à l'hôtel).

### II.7.2.2.3. Remboursement des frais connexes

236. En vertu de l'article 17 du Code de la Sécurité sociale :

« Art. 17. Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée :

9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;

[...]

12) les frais de transport des malades; »

237. Il en résulte que les frais d'hôtel sont exclus de la prise en charge, tandis que les frais de transport peuvent être remboursés.

238. L'article 7, paragraphe 4, troisième alinéa, de la directive 2011/24/UE laisse la *possibilité* aux Etats « de rembourser d'autres frais connexes, tels que les frais d'hébergement et de déplacement ». Le projet de loi n° 6554 ne comportant pas de disposition particulière sur la prise en charge des frais d'hébergement ou de transport, il semble que l'article 17 précité continuera à s'appliquer.

239. Une distinction doit être faite entre les traitements nécessitant une nuit d'hospitalisation et les autres (généralement, les traitements hormonaux). Si les affilié.e.s sollicitent la prise en charge de leurs frais de transport pour un traitement à l'étranger sans nuit d'hospitalisation, l'exigence d'une demande d'autorisation préalable se justifie.

240. En revanche, lorsque le traitement à l'étranger ne nécessite pas de nuit à l'hôpital et que les personnes choisissent de prendre elles-mêmes en charge leurs frais de transport, rien ne justifie de soumettre le traitement hormonal à une demande d'autorisation préalable, dans la mesure où cela n'entraîne pas de coût supplémentaire pour la CNS.

### II.7.3. Synthèse et recommandations

241. Les statuts de la CNS soumettent les traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' au régime de l'autorisation préalable.

242. Faute de critères spécifiés dans les statuts sur les modalités d'examen des demandes d'autorisation préalable, l'obligation faite au CMSS d'évaluer le rapport psychiatrique « détaillé » et de conclure au caractère « indispensable » du traitement est arbitraire et incompatible avec le Code de déontologie médicale - qui prescrit prudence et discrétion dans la rédaction des certificats et rapports médicaux et pose le principe de la non-immixtion du médecin de contrôle dans le traitement -, ainsi qu'avec le droit à la vie privée protégé par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme.

243. Par ailleurs, si le régime de l'autorisation préalable se justifie pour les traitements nécessitant une nuit à l'hôpital, que ce soit au Luxembourg ou à l'étranger, rien ne le justifie dans les autres cas (qui concernent généralement les traitements hormonaux), sauf lorsque les affilié.e.s demandent le remboursement des frais de transport.

244. Intersex & Transgender Luxembourg recommande :

- a. que les traitements hormonaux des personnes trans' soient pris en charge sans qu'une autorisation préalable soit requise, sauf pour les frais de déplacement à l'étranger dont les affilié.e.s demandent la prise en charge ou lorsqu'une nuit d'hospitalisation est nécessaire ;
- b. que, lorsque des traitements relèvent du régime de l'autorisation préalable, les réponses du CMSS aux demandes d'autorisation préalable reposent sur des critères transparents et objectifs, fondés sur les droits fondamentaux des personnes trans' et non pas sur des stéréotypes de genre, et soient conformes au droit à l'auto-détermination consacré par le projet de loi n° 6469 sur les droits et obligations du patient.

## II.8. Exclusion de certains actes de la prise en charge

---

245. Les statuts de la CNS, tout en créant de nouveaux coûts avec l'instauration d'un suivi psychiatrique d'au moins un an, excluent de la prise en charge des actes susceptibles d'être déterminants pour le *passing* et donc l'inclusion sociale des personnes trans', à savoir des actes décrits comme des « soins à visée esthétique » : épilation, chirurgie de féminisation ou de masculinisation du visage, sculpture du tronc et des membres [point 15), (1), deuxième alinéa, de l'annexe C].

### II.8.1. Epilation de la barbe

---

246. Fuchs e.a. (2013) soulignent que « l'épilation des poils de la barbe est indispensable pour un bon *passing* ». En effet, une femme trans' qui se présente avec des poils de barbe visibles sera difficilement crédible en tant que femme et cela multiplie son risque de subir des discriminations, voire des violences.

247. La Commission ontarienne des droits de la personne (Ontario Human Rights Commission, 1999, p. 16) a souligné l'importance de l'épilation de la barbe :

*« Par exemple, se présenter comme étant de l'autre sexe est particulièrement difficile pour les personnes faisant une transition 'homme vers femme'. Avant le début de la thérapie hormonale, et sans une longue période d'électrolyse <sup>74</sup>, la probabilité que la personne passe pour une femme est faible. Il en résulte qu'il peut être extrêmement stressant de vivre dans le genre ressenti et que cela peut ouvrir la porte à des traitements discriminatoires » <sup>75</sup>.*

248. En France et en Allemagne, l'épilation des poils de la barbe est prise en charge par les caisses de maladie pour les femmes trans'.

249. Lorsque l'épilation définitive des poils de la barbe est demandée dans le cas d'une réassignation sexuée « homme vers femme », il ne s'agit pas d'un soin « esthétique » mais d'une mesure permettant l'intégration sociale. Par conséquent, Intersex & Transgender Luxembourg recommande de l'inclure parmi les prestations prises en charge sans recourir au système de l'autorisation préalable.

### II.8.2. Autres actes

---

250. Les statuts de la CNS semblent mettre sur un même plan des actes qui sont a priori à visée véritablement esthétique (sculpture du tronc et des membres) et les chirurgies de féminisation ou de masculinisation du visage.

251. La chirurgie du visage concerne principalement les femmes trans' (effectuant un parcours « homme vers femme »). Pour certaines, la chirurgie de féminisation faciale peut être un élément déterminant du *passing*, au même titre que le traitement hormonal ; tout dépend de la morphologie de la personne.

252. Les statuts excluent à présent la prise en charge de la chirurgie de féminisation faciale, alors qu'elle avait été autorisée jusqu'à l'année 2013. Dans un arrêt du 24 octobre 2013 (n° 65/13), la Cour de cassation a rejeté une demande de prise en charge d'une chirurgie de féminisation du visage, au motif que le certificat médical présenté à l'appui de la demande ne motivait pas le caractère utile et nécessaire du traitement pour la requérante. L'arrêt n'excluait pas *a priori* toute prise en charge de la chirurgie de féminisation du visage mais avait jugé que la demande n'était pas suffisamment motivée dans le cas d'espèce, contrairement aux statuts de la CNS, qui sont allés plus loin en interdisant toute prise en charge.

253. Un arrêt du Landessozialgericht Baden-Württemberg (2013) a été rendu dans une affaire où la requérante avait fait valoir que les traits de son visage amenaient l'entourage à l'identifier comme une personne de sexe masculin, malgré les actes médicaux déjà pratiqués pour féminiser son corps (épilation de la barbe, chirurgie génitale, mammoplastie, opération de la pomme d'Adam). Le Landessozialgericht a ordonné la prise en charge de la chirurgie de féminisation du visage par la caisse de maladie, dans la mesure où l'aspect du visage est d'une importance particulière pour chaque contact social et où la juridiction estimait qu'il était nécessaire de rapprocher autant que possible l'aspect du visage (plutôt masculin) de celui du corps (plutôt féminin).

254. En outre, si le visage est perçu comme ne correspondant pas au genre affiché par la personne, cela peut constituer une atteinte au droit à la vie privée au sens de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme <sup>76</sup> et cela peut exposer la personne à des discriminations et des violences.

255. A notre connaissance, la chirurgie de féminisation ou de masculinisation du visage n'est pas pratiquée au Luxembourg et les demandes de prise en charge relèveraient du régime des soins de santé transfrontaliers. Intersex & Transgender

---

<sup>74</sup> L'électrolyse permet de faire disparaître les racines des poils, notamment de la barbe, de façon définitive.

<sup>75</sup> Traduction à partir de l'anglais.

<sup>76</sup> Nous renvoyons à l'arrêt Goodwin (2002) de la Cour européenne des droits de l'homme, qui a posé le droit à la protection de la vie des personnes trans' dans le contexte de la rectification de l'état civil.

Luxembourg recommande d'inclure la chirurgie de féminisation (ou de masculinisation) du visage parmi les actes pris en charge et d'examiner les demandes d'autorisation préalable sur le fondement du droit à la vie privée des personnes trans'.

### II.8.3. Synthèse et recommandations

---

256. Les statuts de la CNS, tout en créant de nouveaux coûts avec l'instauration d'un suivi psychiatrique d'au moins un an, excluent de la prise en charge des actes susceptibles d'être déterminants pour le *passing* et donc l'inclusion sociale des personnes trans', tels que l'épilation définitive des poils de la barbe pour les femmes trans', ou, dans certains cas, la chirurgie de féminisation (ou de masculinisation) du visage.

33. Intersex & Transgender Luxembourg recommande :

- a. d'inclure l'épilation définitive de la barbe motivée par un processus de réassignation sexuée parmi les prestations prises en charge par la CNS sans autorisation préalable ;
- b. de réinclure la chirurgie de féminisation (ou de masculinisation) du visage parmi les actes pris en charge et d'examiner les demandes d'autorisation préalable sur le fondement du droit à la vie privée des personnes trans'.

### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

257. Les dispositions des statuts de la CNS sur le « syndrome de la dysphorie de genre » sont problématiques au regard du principe de la non-discrimination et du droit à la vie privée. Le droit médical comprend des principes qui offrent des pistes de solution que nous évoquerons ensuite.

### III.1. Des règles discriminatoires

---

#### III.1.1. Dispositions en cause

---

258. Selon le point 15), paragraphe (2), de l'annexe C des statuts de la CNS :

« (2) La prise en charge des soins liés au syndrome de dysphorie de genre se fait sous la surveillance du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette surveillance fonde sur un **rapport médical initial détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie confirmant la réalité d'une dysphorie de genre**, excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre. La **surveillance par le Contrôle médical de la sécurité sociale** se fait tout au long de la délivrance des soins sur base des rapports médicaux et conditionne, le cas échéant, la prise en charge des étapes ultérieures du traitement.

(3) [...] L'avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de l'initialisation de l'hormonothérapie fonde sur :

- d. **le rapport médical détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie** documentant le suivi de la personne protégée au cours de son expérience en vie réelle pendant la durée d'au moins douze mois permettant au Contrôle médical de la sécurité sociale de conclure au **caractère indispensable** du traitement médicamenteux envisagé » (les caractères gras sont de notre fait).

259. Comme nous l'avons dit (rubrique II.1.2.2.), l'évaluation psychiatrique est la clé de voûte de ce dispositif, qui est problématique au regard du principe d'égalité/de non-discrimination.

260. Le principe d'égalité, inscrit à l'article 10 bis de la Constitution luxembourgeoise et dans divers textes internationaux, consiste à traiter de façon semblable des situations comparables et de façon différente des situations différentes<sup>77</sup>. Il s'agit d'« un des principes fondamentaux des systèmes juridiques modernes »<sup>78</sup>.

261. L'interdiction de la discrimination constitue l'application concrète du principe d'égalité à des motifs précisément énumérés (interdiction de la discrimination fondée sur la race, le sexe, etc.). Une différence de traitement dans des situations comparables ne peut être légitime que si elle repose sur une justification objective et respecte le principe de proportionnalité.

262. Nous analyserons ci-après les dispositions en cause au regard du principe général d'égalité mais aussi à la lumière du principe de non-discrimination sur la base du sexe énoncé par le droit de l'Union européenne.

#### III.1.2. Différence de traitement résultant d'une dérogation au principe de l'autonomie de la volonté

---

##### III.1.2.1. Le principe : l'autonomie de la volonté ou droit à l'auto-détermination en manière de soins de santé

---

263. Le Code de déontologie médicale (2013) adopté par le Collège médical énonce à l'article 38 le principe de l'autonomie de la volonté (dont le droit à l'auto-détermination constitue l'expression concrète, selon les termes du Conseil d'Etat<sup>79</sup>) :

« **Le premier devoir**

**Article 38**

*Le devoir premier du médecin est de ne pas porter atteinte à la personne avec laquelle se noue la relation thérapeutique, de respecter l'autonomie de sa volonté (contrat de soins), sa dignité, son intégrité corporelle et psychique* » (c'est nous qui soulignons).

---

<sup>77</sup> En vertu de l'article 10 bis, (1), de la Constitution : « Les Luxembourgeois sont égaux devant la loi ». Sur le principe d'égalité ainsi que sur son extension par la jurisprudence aux étrangers, voir Moyses/Salerno (2009) et les synthèses de la jurisprudence sur le site Légilux : <http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/recueils/Constitution/Constitution.pdf>.

<sup>78</sup> Moyses/Salerno (2009), p. 1.

<sup>79</sup> Avis du Conseil d'Etat du 26 février 2014 sur le projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient, p. 2.

[http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServingServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/196/192/119951.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServingServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/196/192/119951.pdf) [consulté le 09/04/2014].

264. Le dépôt du projet de loi relatif aux droits et obligations du patient (Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg, 2012, projet de loi n° 6469) a mis en évidence un consensus sur le fait que le principe de l'autonomie de la volonté est au cœur de la relation patient.e/médecin, à savoir que c'est aux patient.e.s qu'il incombe de prendre les décisions sur leur santé, en partenariat avec le médecin et sur le fondement des informations fournies par celui-ci :

*« Le présent projet de loi s'efforce aussi de tirer toutes les conséquences de l'évolution de la relation entre le patient et le prestataire de soins de santé. En schématisant, l'on note qu'il y a encore quelques décennies cette relation était souvent vécue par les malades comme l'intervention paternaliste d'un pouvoir médical quasiment absolu, auquel le patient se remettait entièrement pour être pris en charge.*

*Les conceptions ont aujourd'hui largement évolué tant auprès des patients qu'au sein du corps médical<sup>26</sup> et des soignants. Le nécessaire rapport de confiance caractérisant la prestation de soins de santé se fonde aujourd'hui sur **la prise en considération du patient en tant que partenaire à part entière de son traitement. Le patient prend ainsi, avec le prestataire de soins de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.***

*[...]. C'est à travers la reconnaissance de droits et d'obligations réciproques qu'un équilibre harmonieux peut s'installer entre le professionnel de la santé et son patient.*

*Cette reconnaissance de droits attribue, au moins potentiellement, un rôle plus actif au patient dans la détermination de sa prise en charge, les choix médicaux à prendre se fondant plus que jamais sur un dialogue du professionnel de la santé avec son patient » (p. 17 de l'exposé des motifs). (C'est nous qui soulignons.)*

265. Cette conception est réaffirmée plus loin dans le texte dans les termes suivants :

*« Le présent projet consacre le principe que le patient prend, avec le prestataire de soins de santé et compte tenu des informations et des conseils qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Il souligne par ailleurs que le patient dispose d'un véritable droit de savoir relatif à son état de santé et de son évolution probable. Ces droits du patient permettent de promouvoir une **conception de la médecine qui est participative, préventive, prédictive et personnalisée** » (p. 18 de l'exposé des motifs). (C'est nous qui soulignons.)*

266. Il en résulte que le principe de l'autonomie de la volonté ou droit à l'auto-détermination constitue la règle dans les relations médecin/patient.e.

### **III.1.2.2. Dérogation au principe de l'autonomie de la volonté : une évaluation psychiatrique obligatoire**

267. Bien que le principe de l'autonomie de la volonté soit la règle, les statuts de la CNS l'écartent implicitement pour les traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes avec une « dysphorie de genre » en instaurant une évaluation psychiatrique.

268. Comme le formule un auteur psychiatre : « Le principe général est que toute personne doit être présumée capable a priori de recevoir des informations et de donner un consentement libre et éclairé à un acte médical qu'on lui propose, à moins qu'il n'ait été établi que cette compétence lui fait défaut » (Descarpentries 2007, p. 49).

269. Les situations dans lesquelles l'intervention d'un.e psychiatre est requise doivent donc rester exceptionnelles et être soigneusement justifiées.

270. Les cas généralement admis pour l'intervention d'un.e psychiatre est le *danger* que représente la personne pour elle-même ou pour autrui et qu'elle souffre de *troubles mentaux affectant sa faculté de discernement et nécessitant des soins psychiatriques* (auquel cas elle peut faire l'objet d'un placement psychiatrique ou d'injonctions judiciaires de soins). Ces conditions sont cumulatives. Or, aucun de ces éléments n'est présent ici :

- a. Une « dysphorie de genre » n'implique pas, en soi, qu'une personne soit dangereuse pour elle-même ou pour autrui ;
- b. Une « dysphorie de genre » n'implique pas, en soi, que la personne souffre de troubles mentaux affectant sa faculté de discernement ;
- c. Il n'existe aucun consensus scientifique sur le fait que la « dysphorie de genre » serait un trouble mental, ce qui remet en cause la pertinence d'un « diagnostic »<sup>80</sup> ;
- d. Le suivi psychiatrique tel qu'il est décrit dans les statuts ne constitue pas un « soin » : il est généralement admis qu'on ne peut pas « soigner » la « dysphorie de genre », mais que les traitements hormonaux et chirurgicaux

<sup>80</sup> Voir rubrique II.1.1. : « Un contexte international orienté vers la dépathologisation et la dépsychiatisation des variations des identités de genre et des expressions genre ».

permettent d'apporter un soulagement aux personnes et qu'en cela, ils sont thérapeutiques et préventifs (dans une optique de réduction/prévention de dommages). Les statuts de la CNS s'inscrivent dans cette perspective puisque « soigner » la « dysphorie de genre » ne fait pas partie des objectifs du suivi psychiatrique <sup>81</sup>.

271. Si le suivi psychiatrique obligatoire d'au moins un an devait avoir implicitement pour but (bien que les statuts ne le mentionnent pas) de faire réfléchir la personne pour qu'elle soit sûre de son choix, il faut souligner que cet objectif non explicite, qui reviendrait à tester la personne pour voir si elle ne veut tout de même pas changer d'avis, d'une part serait non éthique <sup>82</sup>, et d'autre part, serait contraire au droit à l'auto-détermination tel qu'il est protégé par la Convention européenne des droits de l'homme <sup>83</sup>.

272. Il n'existe aucune raison objective de considérer que les personnes trans' qui demandent des traitements hormonaux et chirurgicaux auraient une faculté de discernement altérée par rapport aux autres affilié.e.s (ce qui serait une condition préalable à l'intervention obligatoire d'un.e psychiatre). Les personnes demandant les traitements en cause doivent être présumées aptes à y donner un consentement éclairé <sup>84</sup> et rien ne justifie de déroger au principe de l'autonomie de la volonté <sup>85</sup> en imposant un suivi psychiatrique dont les conclusions conditionneront la décision du CMSS.

273. Il faut noter que la loi du 12 décembre 2012 sur l'interruption volontaire de grossesse Luxembourg (2012) et la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (Luxembourg 2009) ne requièrent pas l'avis d'un.e psychiatre.

274. En l'état actuel, les statuts de la CNS instaurent une différence de traitement non justifiée objectivement entre les personnes trans' souhaitant bénéficier de traitements hormonaux et chirurgicaux, qui sont implicitement réputées ne pas être aptes à consentir seules à ces traitements, et les autres affilié.e.s, pour lequel.le.s le principe de l'autonomie de la volonté est posé en tant que règle. Cette différence de traitement ne reposant sur aucune justification objective, elle constitue une atteinte au principe d'égalité.

275. Nous ajouterons que la discrimination en cause, d'une part, est stigmatisante parce qu'elle implique un diagnostic psychiatrique et d'autre part, porte atteinte au droit fondamental à l'auto-détermination (voir rubrique III.2. : « Violation du droit à la vie privée »).

### **III.1.3. Violation du principe de non-discrimination sur la base du sexe en vertu du droit de l'Union européenne**

---

276. La différence de traitement décrite ci-dessus entre, d'une part, les affilié.e.s trans' demandant à bénéficier de traitements hormonaux et chirurgicaux, et, d'autre part, le reste des affilié.e.s, relève en outre du champ d'application du droit de l'Union européenne.

277. La Cour de justice de l'Union européenne a jugé de façon constante que « le droit communautaire ne porte pas atteinte à la compétence des États membres pour aménager leurs systèmes de sécurité sociale » <sup>86</sup> mais que « les États membres doivent néanmoins, dans l'exercice de cette compétence, respecter le droit communautaire » <sup>87</sup>.

278. La Cour de justice de l'Union européenne a jugé à plusieurs reprises que l'interdiction de la discrimination fondée sur le sexe englobe la discrimination fondée sur le « changement de sexe » (arrêts P./S., Richards et K. B. <sup>88</sup>) ou même la discrimination fondée sur *l'intention* de subir une opération de réassignation sexuelle (arrêt P./S., précité) <sup>89</sup>.

279. Dans l'arrêt P./S. (précité), la Cour a jugé que le licenciement d'une personne transsexuelle au motif que celle-ci avait *l'intention* de procéder à une opération de réassignation sexuée constituait une discrimination fondée sur le sexe (point 21).

---

<sup>81</sup> Les objectifs du suivi psychiatrique formulés par les statuts de la CNS sont les suivants : poser un diagnostic de « dysphorie de genre », exclure toute « pathologie psychiatrique pouvant constituer une contre-indication au changement de genre » et documenter une « expérience en vie réelle ». Or, aucun de ces aspects ne constitue un soin et chacun de ces trois aspects est par ailleurs, problématiques d'un point de vue à la fois médical et juridique.

<sup>82</sup> Pour une approche critique de tels procédés, voir Sironi (2001).

<sup>83</sup> Arrêt du 12 juin 2003, Van Kück c. Allemagne, requête n° 35968/97. Pour plus de détails sur cet arrêt, voir rubrique III.2. : « Violation du droit à la vie privée ».

<sup>84</sup> Hale (2007).

<sup>85</sup> Hale (2007, p. 502) fait valoir qu'une telle atteinte au principe de l'autonomie est sérieuse et qu'« il peut être tenu compte de la préoccupation légitime issue du principe de non-malfaisance, avec une atteinte moindre à l'obligation de respecter l'autonomie, grâce à une consultation patient-médecin réalisée soigneusement et à un processus de consentement informé, entrepris sur la présomption réfutable de la compétence [du patient] ».

<sup>86</sup> Voir, notamment, arrêt du 28 avril 1998, Kohll, C-158/96, Rec. page I-1931, point 17.

<sup>87</sup> Arrêt Kohll, précité, point 19.

<sup>88</sup> Arrêts de la Cour du 30 avril 1996, P./S. (C-13/94, Rec. p. I-2143), du 27 avril 2006, Richards (C-423/04, Rec. p. I-3585) et du 7 janvier 2004, K. B. (C-117/01, Rec. P. I-541). Pour une analyse de cette jurisprudence, voir Agius/Tobler (2012).

<sup>89</sup> La Cour retient cette solution même si les textes normatifs invoqués ne mentionnent dans leur intitulé que l'égalité entre femmes et hommes.

La Cour de justice y a qualifié le principe d'égalité de « principe fondamental du droit communautaire » (point 18) et rappelé que « le droit de ne pas être discriminé en raison de son sexe constitue l'un des droits fondamentaux de la personne humaine, dont la Cour est tenue d'assurer le respect » (point 19). La Cour a également invoqué le respect de la dignité et de la liberté (point 22).

280. Le raisonnement de la Cour est formulé dans des termes généraux en référence à des principes fondamentaux du droit de l'Union européenne et il y a lieu de transposer la solution retenue dans cet arrêt aux statuts de la CNS, d'autant plus que le principe d'égalité a depuis lors été inscrit dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (chapitre 3)<sup>90</sup>.

281. Les statuts de la CNS écartent le principe de l'autonomie de la volonté pour les personnes avec une « dysphorie de genre » qui ont l'intention de subir des traitements hormonaux et chirurgicaux, créant de ce fait une différence de traitement non justifiée objectivement avec les autres affilié.e.s. Il s'agit d'une discrimination fondée sur le sexe prohibée par le droit de l'Union européenne.

### III.1.4. Synthèse et recommandations

---

282. Les personnes trans' qui demandent à bénéficier de traitements hormonaux et chirurgicaux subissent une différence de traitement - par rapport aux autres affilié.e.s - dans la mesure où les statuts écartent *de facto* à leur égard le principe de l'autonomie de la volonté (ou droit à l'auto-détermination) concernant leurs soins de santé : l'instauration d'un diagnostic et d'un suivi psychiatrique obligatoires ainsi que la vérification par le CMSS du « caractère indispensable » du traitement envisagé ont pour conséquence de priver les personnes de leur autonomie de décision. Une telle différence de traitement par rapport aux autres affilié.e.s est dénuée de toute justification objective et constitue une atteinte au principe général d'égalité consacré par la Constitution et, en particulier, une discrimination fondée sur le sexe prohibée par le droit de l'Union européenne.

283. Intersex & Transgender Luxembourg recommande de présumer, sous peine d'instituer une discrimination, que les personnes trans' sont aptes à consentir aux traitements hormonaux et chirurgicaux et de ne conditionner ceux-ci à aucune forme d'évaluation (qu'il s'agisse d'un diagnostic psychiatrique ou d'une quelconque forme de suivi ou d'évaluation psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique, ou autre) par un tiers (professionnel de la santé mentale ou non), qui serait obligatoire et conçue comme une condition préalable à la prise en charge des traitements.

## III.2. Violation du droit à la vie privée

---

### III.2.1. Dispositions en cause

---

284. Selon le point 15), paragraphe (2), de l'annexe C des statuts :

(2) La prise en charge des soins liés au syndrome de dysphorie de genre se fait **sous la surveillance du** Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette surveillance fonde sur un **rapport médical initial détaillé** établi par un **médecin spécialiste en psychiatrie** confirmant la réalité d'une dysphorie de genre, excluant toute autre pathologie psychiatrique contre-indiquant le changement de genre. La surveillance par le Contrôle médical de la sécurité sociale se fait tout au long de la délivrance des soins sur base des rapports médicaux et conditionne, le cas échéant, la prise en charge des étapes ultérieures du traitement.

(3) [...] L'avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de l'initialisation de l'hormonothérapie fonde sur :

1. le rapport médical détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie **documentant le suivi de la personne protégée au cours de son expérience en vie réelle** pendant la durée d'au moins douze mois permettant au Contrôle médical de la sécurité sociale de conclure au **caractère indispensable** du traitement médicamenteux envisagé » (c'est nous qui soulignons).

285. Nous examinerons les aspects suivants au regard du droit à la vie privée :

- a. la condition du diagnostic psychiatrique de « dysphorie de genre » ;
- b. le suivi pendant au moins douze mois d'une « expérience en vie réelle » ;
- c. une surveillance par le CMSS qui doit « conclure au caractère indispensable » du traitement envisagé.

286. Ces conditions sont problématique au regard du droit à la vie privée au sens de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après la « CEDH »), tel qu'il est interprété par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

---

<sup>90</sup> Par ailleurs, la directive 2004/113/CE du Conseil, du 13 décembre 2004, mettant en œuvre le principe de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès aux biens et services et la fourniture de biens et services peut aussi être invoquée dans le même sens.

### III.2.2. Notion de vie privée au sens de la Convention européenne des droits de l'homme

287. Le droit au respect de la vie privée est consacré par l'article 8 CEDH :

« Article 8 – Droit au respect de la vie privée et familiale

1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale [...].
2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

288. L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe en a synthétisé le sens avec la formule suivante :

« Le droit au respect de la vie privée consiste essentiellement à pouvoir mener sa vie comme on l'entend avec un minimum d'ingérence » (Conseil de l'Europe 1970).

289. Dans l'arrêt Van Kück c. Allemagne (2003), la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé que la notion de 'vie privée' protégée par l'article 8 CEDH est une notion large, non susceptible d'une définition exhaustive, pouvant recouvrir notamment l'intégrité physique et morale, des aspects de l'identité physique et sociale d'une personne, l'identification à un genre<sup>91</sup>, le droit au développement personnel et le droit d'établir et entretenir des rapports avec d'autres êtres humains et le monde extérieur<sup>92</sup>. Nous analyserons ci-après les arrêts Van Kück c. Allemagne et Schlumpf c. Suisse.

### III.2.3. Charge de la preuve de la nécessité médicale d'un traitement lorsqu'est en jeu l'un des aspects les plus intimes de la vie privée : l'arrêt Van Kück c. Allemagne

290. Dans l'arrêt Van Kück c. Allemagne, la Cour européenne des droits de l'homme a eu l'occasion de **préciser la notion de vie privée s'agissant du droit au remboursement des frais hormonaux et chirurgicaux des personnes transsexuelles.**

#### III.2.3.1. Solution retenue par la Cour européenne des droits de l'homme

291. La requérante, Mme van Kück, avait été enregistrée à la naissance comme étant de sexe masculin et avait reçu des prénoms masculins. Ceux-ci avaient été remplacés ultérieurement par des prénoms féminins à l'état civil, conformément à la loi allemande sur les transsexuels. Sa compagnie d'assurance maladie privée avait par la suite refusé de lui rembourser les frais liés à son hormonothérapie et à la chirurgie de réassignation. La requérante l'avait alors assignée devant les juridictions allemandes qui avaient rejeté sa demande. La Cour d'appel de Berlin avait jugé, d'une part, que la requérante aurait délibérément provoqué sa transsexualité, remettant ainsi indirectement en cause l'authenticité de sa transsexualité, et, d'autre part, que la requérante n'aurait pas prouvé que les traitements hormonaux et chirurgicaux étaient médicalement nécessaires.

292. Devant la Cour européenne des droits de l'homme, la requérante demandait que soit constatée l'existence d'une violation de son droit à un procès équitable (article 6 CEDH) et de son droit à la vie privée (article 8 CEDH, précité). La Cour a condamné l'Allemagne sur ces deux fondements. Nous reviendrons ici uniquement sur le raisonnement tenu par la Cour quant à la violation du droit à la vie privée.

293. La Cour a commencé à rappeler ce qui suit:

« Bien qu'il n'ait été établi dans aucune affaire antérieure que l'article 8 de la Convention comporte un droit à l'autodétermination en tant que tel, la Cour considère que la notion d'autonomie personnelle reflète un principe important qui sous-tend l'interprétation des garanties de l'article 8 (Pretty c. Royaume-Uni, no 2346/02, § 61, CEDH 2002-III). La dignité et la liberté de l'homme étant de l'essence même de la Convention, le droit à l'épanouissement personnel et à l'intégrité physique et morale des transsexuels est garanti (I. c. Royaume-Uni, § 70, et Christine Goodwin, § 90, précités) » (point 69).

<sup>91</sup> « Gender identification », selon la version anglaise de l'arrêt, plus précise que la version française qui parle de « identification sexuelle », notion qui apporte une confusion avec la sexualité.

<sup>92</sup> Arrêt du 12 juin 2003, Van Kück c. Allemagne, requête n° 35968/97, point 69.

294. Dans cette perspective, la Cour a jugé que la question du remboursement des frais hormonaux et chirurgicaux de la requérante relevait de la liberté de celle-ci de se définir en tant que personne du sexe féminin<sup>93</sup>, « liberté qui s'analyse comme l'un des éléments les plus essentiels du droit à l'auto-détermination » (point 73), lui-même protégé en tant qu'élément de la vie privée.

295. La Cour a ensuite réaffirmé sa jurisprudence antérieure sur les obligations positives des Etats : « si l'article 8 a essentiellement pour objet de prémunir l'individu contre des ingérences arbitraires des pouvoirs publics, il ne se contente pas d'astreindre l'Etat à s'abstenir de pareilles ingérences : à cet engagement négatif peuvent s'ajouter des obligations positives inhérentes à un respect effectif de la vie privée ou familiale [...]. La frontière entre les obligations positives et les obligations négatives de l'Etat au titre de l'article 8 ne se prête pas à une définition précise, mais les principes applicables dans le cas des premières sont comparables à ceux valables pour les secondes. Pour déterminer si une obligation – positive ou négative – existe, il faut prendre en compte le juste équilibre à ménager entre l'intérêt général et les intérêts de l'individu ; dans les deux hypothèses, l'Etat jouit d'une certaine marge d'appréciation [...] » (points 69 et 70).

296. La Cour a évalué s'il y avait un juste équilibre entre les intérêts de l'Etat et ceux de la requérante et a jugé que tel n'était pas le cas. Après avoir relevé que les faits incriminés avaient eu des répercussions sur le droit à l'identité de genre<sup>94</sup> et à l'épanouissement personnel de la requérante, elle a souligné :

« ce n'est pas le droit au remboursement en lui-même qui importe en l'espèce, mais les répercussions des décisions judiciaires litigieuses sur le droit de la requérante au respect de son droit à l'auto-détermination sexuelle considéré comme l'un des aspects de son droit au respect de la vie privée » (point 78).

297. Dans ces circonstances, la Cour a jugé que la charge de la preuve pesant sur la requérante était disproportionnée. En premier lieu, sur la question de la preuve d'une transsexualité véritable, la Cour a jugé que la Cour d'appel allemande n'avait pas à substituer « son propre jugement à celui de la requérante sur des expériences et sentiments très intimes, nonobstant le fait qu'elle ne disposait d'aucune compétence en matière médicale », en raison des « incertitudes quant à la nature et aux causes profondes du transsexualisme » qui subsistent aujourd'hui (point 81). En second lieu, sur la question de la preuve de la nécessité médicale des traitements, la Cour a jugé qu'« il apparaît disproportionné d'exiger d'une personne qu'elle prouve le caractère médicalement nécessaire d'un traitement, dût-il s'agir d'une opération chirurgicale irréversible, lorsqu'est en jeu l'un des aspects les plus intimes de sa vie privée »<sup>95</sup>. La Cour a conclu à l'existence d'une atteinte à la vie privée en raison de ces deux aspects et a condamné l'Allemagne en conséquence.

298. Deux conclusions peuvent être tirées de l'arrêt van Kück. La première est que le droit à l'auto-détermination de l'identité de genre, ainsi que le droit à l'épanouissement personnel et à l'intégrité physique et morale des personnes transsexuelles relèvent du droit à la vie privée protégé par l'article 8 CEDH. La deuxième est que la Cour a reconnu un droit au remboursement des traitements hormonaux et chirurgicaux dans certaines conditions, sur le fondement du droit à l'auto-détermination de l'identité de genre.

### **III.2.3.2 Implications de l'arrêt van Kück c. Allemagne pour les statuts de la CNS**

299. L'arrêt van Kück invite à analyser sous un nouvel angle les dispositions des statuts de la CNS relatives à la « dysphorie de genre », c'est-à-dire à la lumière du droit à l'auto-détermination de l'identité de genre, tel qu'il est protégé par la Cour européenne des droits de l'homme.

#### **III.2.3.2.1. Portée du droit à l'auto-détermination de l'identité de genre**

300. L'arrêt van Kück comporte des ambiguïtés. Il a été rendu dans une affaire où la Cour n'avait pas été appelée à trancher sur la pertinence d'un diagnostic psychiatrique et, de ce fait, elle ne s'est pas prononcée à ce sujet<sup>96</sup>. Par conséquent, la Cour s'est appuyée sur l'existence d'un diagnostic d'experts allemands. Cependant, la Cour a affirmé sans ambiguïté possible le droit à l'auto-détermination de l'identité de genre de la requérante.

301. Quelles conséquences tirer de l'apparente contradiction entre le droit à l'auto-détermination de l'identité de genre et l'acceptation implicite de l'exigence d'un diagnostic au niveau national ?

302. D'une part, dans la mesure où la Cour a jugé que « ce n'est pas le droit au remboursement en lui-même qui importe en l'espèce, mais les répercussions des décisions judiciaires litigieuses sur le droit de la requérante au respect de son droit à

<sup>93</sup> Point 73. N.B. : nous utilisons ici notre propre traduction de la version anglaise de l'arrêt, qui est plus claire et précise que la version française sur ce point essentiel : « In the present case, the civil court proceedings touched upon the applicant's freedom to define herself as a female person, one of the most basic essentials of self-determination ».

<sup>94</sup> Selon les termes de la version anglaise : « right to gender identity and personal development », arrêt Van Kück c. Allemagne, point 75.

<sup>95</sup> Point 82.

<sup>96</sup> La question du remboursement des frais médicaux était au centre des débats et non pas le principe même de l'exigence d'un diagnostic de transsexualisme. La requérante ne contestait pas ce point et la Cour n'avait donc pas été chargée d'examiner si ce critère de remboursement était conforme au droit à la vie privée.

l'auto-détermination sexuelle considéré comme l'un des aspects de son droit au respect de la vie privée » (point 78), l'importance accordée au diagnostic lui-même a été relativisée. En effet, même en l'absence de tout diagnostic, il n'en demeurerait pas moins que les **répercussions** des décisions judiciaires devraient être évaluées à la lumière du droit à l'auto-détermination de l'identité de genre.

303. D'autre part, **appliquer d'une façon cohérente le droit à l'auto-détermination de l'identité de genre implique que la prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' soit dissocié de toute procédure de validation ou d'évaluation par des tiers**. Or, les statuts de la CNS instituent une telle procédure de validation ou d'évaluation par des tiers, en l'occurrence un.e psychiatre et un médecin du CMSS. La validation et l'évaluation portent non seulement sur l'**identité de genre**, mais aussi sur la **crédibilité** de la personne dans son nouveau rôle social de genre :

- 1) évaluation par des tiers de l'**identité de genre**, par l'intermédiaire du diagnostic de « dysphorie de genre » ;
  - a. en premier lieu, sachant qu'il n'est pas avéré scientifiquement qu'il s'agisse d'une pathologie, il est douteux que l'ingérence dans la vie privée qui est nécessaire pour poser ce « diagnostic » puisse être considérée comme conforme à la CEDH. En effet, pour pouvoir être qualifiée de proportionnée, la nécessité de l'ingérence doit être démontrée, ce qui n'est pas le cas ici – puisque la pertinence du diagnostic ne l'est pas ;
  - b. en second lieu, la Cour a rappelé que « dans le cadre de sa jurisprudence sur la condition juridique des transsexuels, elle prend notamment en considération les évolutions de la pensée scientifique et médicale »<sup>97</sup>. De telles évolutions, susceptibles d'amener la Cour à remettre en question la compatibilité de l'exigence d'un diagnostic de transsexualisme avec le droit à la vie privée, ont eu lieu depuis l'arrêt van Kück : il est devenu évident, dans le cadre des discussions sur la révision du DSM-5 et de la *Classification Internationale des maladies*, que l'enjeu est de permettre le remboursement par les compagnies d'assurance des traitements hormonaux et chirurgicaux, et non pas de maintenir dans les classifications une pathologie mentale que les auteur.e.s des classifications remettent eux-mêmes/elles-mêmes en cause ;
- 2) évaluation par des tiers de la **crédibilité** de la personne dans son nouveau rôle social de genre, par le biais du contrôle de l'« expérience en vie réelle » pendant au moins douze mois ; pour reprendre les termes employés par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'arrêt van Kück, la liberté de se définir comme une personne du sexe féminin « s'analyse comme l'un des éléments les plus essentiels [du] droit à l'auto-détermination » (point 73). Exercer une surveillance sur la façon dont se déroule l'« expérience en vie réelle » constitue une atteinte à ce droit, et donc au droit à la vie privée, dans la mesure où c'est à chaque personne de définir ce que signifie, pour elle-même, l'appartenance à un sexe et la façon dont elle va l'exprimer de façon visible pour son entourage, et non pas à des évaluateurs/trices externes (sur les stéréotypes de genre utilisés comme critères d'évaluation concernant l'expérience en vie réelle, voir rubrique II.4.3.4.2. : « Stéréotypes de genre »).

304. Par ailleurs, une telle procédure de validation/d'évaluation par des tiers fait courir le risque à l'affilié.e de se voir refuser le remboursement parce qu'elle est considérée comme un.e transsexuel.le « atypique » (ce qui était l'un des qualificatifs employés dans l'un des rapports d'expertise dans l'affaire van Kück).

305. En conclusion, la nécessité pour l'affilié.e de faire valider, par des psychiatres et autres médecins du CMSS, tant son identité de genre (par le biais d'un diagnostic psychiatrique), que la façon dont il/elle vit son rôle social de genre (par le biais de la documentation de l'« expérience en vie réelle ») sont à considérer comme enfreignant le droit à l'auto-détermination en tant qu'élément essentiel du droit à la vie privée au sens de l'article 8 CEDH.

#### **III.2.3.2.2. Preuve de la nécessité médicale des traitements**

306. Par ailleurs, les statuts de la CNS énoncent que le CMSS doit juger du « caractère indispensable » des traitements envisagés. Or, si cette disposition était interprétée dans le sens d'une appréciation de l'*opportunité* du traitement, ce serait en contradiction flagrante avec la jurisprudence van Kück. En effet, dans l'arrêt van Kück, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé qu'« **il apparaît disproportionné d'exiger d'une personne qu'elle prouve le caractère médicalement nécessaire d'un traitement, dût-il s'agir d'une opération chirurgicale irréversible, lorsqu'est en jeu l'un des aspects les plus intimes de sa vie privée** »<sup>98</sup> et la Cour a conclu qu'une telle exigence constituait une atteinte au droit à la vie privée de la requérante transsexuelle.

<sup>97</sup> Arrêt Van Kück c. Allemagne, point 49.

<sup>98</sup> Van Kück c. Allemagne (2003, point 82) [c'est nous qui soulignons].

### **III.2.4. Pas d'application mécanique des conditions de prise en charge dans un domaine touchant l'un des aspects les plus intimes de la vie privée : l'arrêt Schlumpf c. Suisse**

---

#### **III.2.4.1. Solution retenue par la Cour européenne des droits de l'homme**

---

307. Dans l'affaire Schlumpf c. Suisse<sup>99</sup>, la requérante transsexuelle contestait le refus, par son assurance-maladie suisse, de prendre en charge le coût de son opération de réassignation sexuelle. Ce refus était fondé sur le fait que la requérante n'avait pas respecté la condition jurisprudentielle du délai d'observation de deux ans préalable à l'opération.

308. La Cour européenne des droits de l'homme a condamné la Suisse notamment sur le fondement de l'article 8 CEDH, considérant que l'application mécanique du délai de deux ans était disproportionnée et constituait, de ce fait, une violation du droit à la vie privée de la requérante.

309. Ce délai différait dans ses modalités des conditions figurant dans les statuts de la CNS. En effet, le Tribunal fédéral des assurances de la Suisse en avait fixé la durée à deux ans et avait jugé que pendant ce laps de temps, l'assuré.e devait suivre un traitement endocrinologique et une psychothérapie, et se conformer à une « expérience en vie réelle ».

310. Dans l'arrêt Schlumpf c. Suisse, **la Cour européenne a jugé que l'application mécanique du délai de deux ans, dans son ensemble et dans tous ses éléments, était disproportionnée parce qu'aucune modulation des conditions posées n'avait été admise en fonction de la situation particulière de la requérante :**

*« 115. Le respect de la vie privée de la requérante aurait exigé la prise en compte des réalités médicale, biologique et psychologique, exprimées sans équivoque par l'avis des experts médicaux, pour éviter une application mécanique du délai de deux ans. La Cour en conclut que, eu égard à la situation très particulière dans laquelle se trouvait la requérante – âgée de plus de 67 ans au moment de sa demande de prise en charge des frais liés à l'opération –, et compte tenu de la marge d'appréciation étroite dont l'Etat défendeur bénéficiait s'agissant d'une question touchant à l'un des aspects les plus intimes de la vie privée, un juste équilibre n'a pas été ménagé entre les intérêts de la compagnie d'assurance, d'une part, et les intérêts de la requérante, d'autre part. »*

#### **III.2.4.2. Portée pour les statuts de la CNS**

---

311. Quelle est la portée de cette jurisprudence pour les statuts de la CNS ? A l'heure actuelle, ceux-ci imposent, indifféremment des situations personnelles, les mêmes conditions pour tous/toutes les affilié.e.s avec une « dysphorie de genre » avant le commencement de l'hormonothérapie. Cette application indifférenciée des mêmes conditions à l'ensemble des affilié.e.s enfreint le principe de proportionnalité et rend les statuts de la CNS contraires à l'article 8 CEDH sur le droit à la vie privée, en ce qu'ils imposent une succession d'étapes identiques pour chaque affilié.e., une « expérience en vie réelle » et un suivi psychiatrique d'un an ; sur ce dernier point, ce n'est pas seulement la durée qui est en cause, mais aussi le principe même d'une consultation psychiatrique.

### **III.2.5. Synthèse et recommandation**

---

312. Dans l'arrêt Van Kück c. Allemagne, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que les personnes transsexuelles ont droit au remboursement des traitements hormonaux et chirurgicaux en application du droit à l'auto-détermination de l'identité de genre, qui constitue l'un des aspects essentiels du droit à la vie privée protégé par la Convention européenne des droits de l'homme. A cet égard, ce n'est pas tant le droit au remboursement qui importe en lui-même, que les répercussions qu'aurait un refus de prise en charge sur le droit à la vie privée de la personne. La Cour a jugé qu'« il apparaît disproportionné d'exiger d'une personne qu'elle prouve le caractère médicalement nécessaire d'un traitement, dût-il s'agir d'une opération chirurgicale irréversible, lorsqu'est en jeu l'un des aspects les plus intimes de sa vie privée » et la Cour a conclu qu'une telle exigence constituait une atteinte au droit à la vie privée d'une personne transsexuelle.

313. Intersex & Transgender Luxembourg considère qu'appliquer d'une façon cohérente le droit à l'auto-détermination de l'identité de genre implique que la prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' soit dissociée de toute procédure de validation ou d'évaluation par des tiers ; or, une telle procédure est une condition préalable à l'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux d'après les statuts de la CNS. La validation et l'évaluation portent non seulement sur l'identité de genre, mais aussi sur la crédibilité de la personne dans son nouveau rôle social de genre. Intersex & Transgender Luxembourg en conclut que ces dispositions des statuts sont contraires à la Convention européenne des droits de l'homme.

314. Par ailleurs, dans l'arrêt Schlumpf c. Suisse, la Cour a jugé contraire au droit à la vie privée l'application mécanique des conditions préalables à la prise en charge de la chirurgie de réassignation, alors qu'il s'agit d'un domaine touchant à l'un des

---

<sup>99</sup> Cour européenne des droits de l'homme, arrêt du 8 janvier 2009, requête n°29002/06.

aspects les plus intimes de la vie privée. Or, les statuts de la CNS prévoient une succession d'étapes identiques pour les affilié.e.s et sur ce point, il y a lieu de les considérer comme incompatibles avec la Convention européenne des droits de l'homme.

315. Intersex et Transgender Luxembourg recommande de maintenir le principe du remboursement des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans', conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, tout en supprimant toute évaluation par des tiers (tels que des psychiatres et le CMSS) de l'identité de genre et de la crédibilité dans le nouveau rôle social de genre, et en retirant des statuts les modalités précises des traitements, qui doivent en tout état de cause être adaptées aux cas individuels.

### III.3. Renonciation à un droit protégé par la CEDH

---

316. Dans son arrêt D.H., la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé que :

« 202. [...] La jurisprudence de la Cour exige néanmoins que la renonciation à un droit garanti par la Convention – pour autant qu'elle soit licite – se trouve établie de manière non équivoque, qu'elle ait lieu en connaissance de cause, c'est-à-dire sur la base d'un consentement éclairé (Pfeifer et Plankl c. Autriche, 25 février 1992, §§ 37-38, série A no 227) et qu'elle soit effectuée sans contrainte (Deweert c. Belgique, 27 février 1980, § 51, série A no 35). »

317. Les statuts de la CNS créent un dilemme pour les affilié.e.s souhaitant bénéficier de traitements hormonaux et chirurgicaux : pour faire valoir leurs droits à des traitements hormonaux et chirurgicaux, qui constituent eux-mêmes la condition préalable à la reconnaissance juridique de leur identité de genre (rectification de l'état civil), les affilié.e.s doivent renoncer à leur droit à l'auto-détermination s'agissant de leur identité de genre et de leurs soins de santé, ainsi qu'à leur droit de ne pas subir de discrimination, lorsqu'ils/elles acceptent de se soumettre à un diagnostic psychiatrique et à un suivi psychiatrique d'une « expérience en vie réelle » pendant au moins un an. Tous ces droits sont protégés par la CEDH. La renonciation du droit à l'auto-détermination et au droit de ne pas subir de discrimination ne peut pas être considérée comme libre et est donc contraire à la CEDH.

### III.4. Droits et obligations des patient.e.s et des médecins

---

318. Le droit médical comporte des principes généraux régissant les relations médecins-patient.e.s, favorisant le consentement éclairé des personnes trans' s'agissant des traitements hormonaux et chirurgicaux tout en protégeant les médecins contre les poursuites.

#### III.4.1. Principe : le droit à l'auto-détermination et son corollaire, la coresponsabilité

---

319. Le droit à l'auto-détermination des patient.e.s a occupé une place centrale dans les travaux parlementaires concernant le projet de loi relatif aux droits et obligations du patient (Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg, 2012, projet de loi n° 6469, voir notamment l'exposé des motifs, cité à la rubrique III.1.2.1.). Le projet a été voté par la Chambre le 17 juin 2014 (premier vote constitutionnel ; une demande de dispense du second vote constitutionnel a été déposée auprès du Conseil d'Etat)<sup>100</sup>.

320. C'est autour du droit à l'auto-détermination que s'articulent les droits et obligations des patient.e.s et des médecins. Outre la transposition de la directive 2011/24/UE, le projet de loi n° 6469 vise à préciser et à rassembler dans un seul texte des règles auparavant éparpillées sur les droits et obligations des patient.e.s.

321. Les commissions chargées de l'examen du projet ont adopté plusieurs amendements pour préciser et affirmer davantage le droit à l'auto-détermination. Il a notamment été souligné « que c'est en fin de compte au professionnel de proposer et au patient de décider. Le droit à l'autodétermination du patient veut cependant que le patient reste en dernière instance seul maître de sa propre santé et de son corps »<sup>101</sup>.

322. De même, des concepts centraux tels que « le mécanisme de la décision partagée » et de « coresponsabilité » ont été récurrents dans les débats.

---

<sup>100</sup> Voir le texte coordonné soumis au vote des député.e.s par la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des sports : Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2014), rapport de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des sports (27/05/2014), p. 56.  
[http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/116/353/131552.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/116/353/131552.pdf) [consulté le 04.06.2014].

<sup>101</sup> Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2013), Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, procès-verbal de la réunion du 18 avril 2013, P.V. SASEC 17,  
[http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/113/260/121529.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/113/260/121529.pdf) [consulté le 26.05.2014].

323. Dans la logique d'un tel système, donner à un.e psychiatre un rôle de contrôle d'accès aux soins est incompatible avec le principe de la responsabilité des patient.e.s. De ce principe découlent notamment les règles concernant les droits et obligations des patient.e.s et des médecins en matière d'information, qu'il n'y a pas lieu d'écarter s'agissant des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans'.

### III.4.2. Des obligations d'information réciproques des patient.e.s et des médecins

---

324. L'obligation d'information incombant aux médecins est une condition du consentement éclairé, mais ne peut se concevoir que si les médecins ont été correctement informés par leurs patient.e.s.

325. La Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports s'est rangée à l'avis du Conseil d'État, selon lequel « si les informations données par le professionnel de santé sont essentielles pour aboutir à un consentement éclairé et dûment précisées dans le texte, l'échange d'informations doit se faire dans les deux sens, afin d'assurer un partage équilibré d'une décision commune qui continue à engager surtout la responsabilité du professionnel de santé ». La Commission a souligné qu'il s'agit « d'un flux d'informations dans les deux sens entre le patient et le professionnel de santé »<sup>102</sup>.

#### III.4.2.1. Obligation d'information incombant aux patient.e.s

---

326. La relation médecin-patient.e débute avec une anamnèse, consistant à apprécier l'état de santé des patient.e.s. Plus le traitement envisagé est lourd et plus l'anamnèse sera approfondie.

327. Selon l'article 36 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers<sup>103</sup> :

*« Art. 36. Pour les établissements hospitaliers visés à l'article 1er sous a), b) et c) de la présente loi un dossier individuel comprenant les volets médical, de soins et administratif est constitué pour chaque patient.*

*Le dossier comprend obligatoirement les données médicales sous forme d'anamnèse, de rapports médicaux et soignants, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, de radiographies et de tout autre document ou effet intéressant l'état de santé respectivement le traitement d'un malade. »*

328. Cette loi s'applique aux établissements hospitaliers. Quant au projet de loi n° 6469 aux droits et obligations du patient, il ne mentionne pas l'anamnèse, mais prévoit de remplacer l'article 36 ci-dessus par la disposition suivante<sup>104</sup> :

*« Pour les établissements hospitaliers visés à l'article 1er sous a), b) et c), un dossier patient individuel du patient hospitalier retrace, de façon chronologique et fidèle, l'état de santé du patient et son évolution au cours de la prise en charge. Il comporte les volets médical, de soins et administratif et renseigne toute information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient. Le contenu minimal du dossier individuel du patient hospitalier et du résumé clinique de sortie est déterminé par règlement grand-ducal, l'avis de la Commission nationale pour la protection des données ayant été demandé. Ce règlement grand-ducal fixe aussi le format, les codifications, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue. »*

329. Par ailleurs, l'article 8, paragraphe (3), du projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient énonce ce qui suit:

*« (3) Le patient prend avec les professionnels de santé, compte tenu, d'une part, des informations pertinentes pour sa prise en charge qu'il leur a fournies et, d'autre part, des informations et conseils que ceux-ci lui ont fournis, les décisions concernant sa santé »<sup>105</sup>. (C'est nous qui soulignons.)*

---

<sup>102</sup> Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2014), Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports, procès-verbal de la réunion du 21 janvier 2014, P.V. SECS 04, p. 5, [http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServingServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/178/239/127378.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServingServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/178/239/127378.pdf) [consulté le 27.05.2014].

<sup>103</sup> Texte coordonné de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, *Mémorial* A - N° 103, du 24 mai 2011.

<sup>104</sup> Texte coordonné soumis au vote des député.e.s par la Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des sports : Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2014), rapport de la Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des sports (27/05/2014), p. 56. [http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServingServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/116/353/131552.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServingServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/116/353/131552.pdf) [consulté le 04.06.2014].

<sup>105</sup> Texte coordonné soumis au vote des député.e.s par la Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des sports : Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2014), rapport de la Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des sports

330. Dans le cadre des amendements apportés à cet article, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a discuté de l'implication pour les patient.e.s de la rétention délibérée d'informations dans les termes suivants <sup>106</sup> :

*« La commission soulève la question de savoir quelles sont les conséquences pour les relations entre le prestataire de soins et le patient si ce dernier sciemment ne fournit pas au médecin des informations importantes pour sa prise en charge médicale.*

*La commission souligne que **la relation entre médecin et patient repose aussi sur la coresponsabilité du patient dans sa prise en charge. Le patient est censé s'impliquer dans le maintien et le rétablissement de sa santé. Il doit collaborer loyalement au traitement en fournissant au prestataire toutes les informations pertinentes pour sa prise en charge, en répondant sincèrement aux interrogations, sans omission volontaire, d'une information utile pour son traitement.***

***Le fait que le patient fournit des informations inexactes ou incomplètes est constitutif du non respect d'une obligation et pourrait être considéré comme une faute de sa part qui ne pourra rester sans conséquence sur l'appréciation judiciaire éventuelle d'un dommage causalement lié à ce comportement fautif.*** » (C'est nous qui soulignons.)

331. Face à la crainte des médecins de prescrire un traitement hormonal à tort ou de pratiquer une opération qu'une personne trans' pourrait regretter, une anamnèse bien documentée dans le dossier médical, portant sur la santé physique et psychique des patient.e.s, est un facteur de protection à la fois des patient.e.s et des médecins. Le commentaire des articles du projet de loi n° 6469 comporte l'indication suivante :

*« Le prestataire sera donc prémuni contre le risque judiciaire s'il tient à jour de façon régulière le dossier patient et y documente les conditions convenues avec le patient, mais le patient pourra renverser cette présomption en prouvant que l'inscription au dossier n'est pas exacte ou n'est pas à jour. »*

332. Plus les actes médicaux sont considérés comme importants ou lourds et plus le dossier médical dans son ensemble devra documenter les informations demandées aux patient.e.s et transmises par ceux-ci/celles-ci. Etant donné les conséquences des traitements envisagés pour les personnes trans' (par exemple, stérilité pour les femmes trans', dépression pouvant être causée par certaines molécules telles que l'acétate de cyprotérone - voir Reucher 2014, p. 2-3), l'anamnèse concernant un traitement hormonal devrait comporter des questions sur la santé mentale et les antécédents psychiatriques. De même, plus une chirurgie est lourde et plus l'anamnèse sera approfondie.

333. A titre d'exemple, Tamiji (2014) a réalisé, pour sa thèse de médecine, des modèles-types de dossiers médicaux relatifs à des personnes faisant une transition médicale. Ces modèles comportent des rubriques telles que : « antécédents médicaux », « antécédents chirurgicaux », « antécédents familiaux », mais aussi des questions pouvant servir de guides d'entretien pour l'anamnèse, telles que : « Quelles sont les attentes du patient ? Où en est le patient dans son parcours selon ses attentes ? Quel est l'impact de la transition sur sa qualité de vie ? Quelles sont les sources d'information du patient ? ». Par ailleurs, les modèles de dossiers médicaux comportent la liste des effets indésirables des traitements hormonaux.

334. Les questions sur la santé physique et mentale font partie des éléments permettant d'évaluer l'aptitude de la personne à suivre un traitement ou à supporter une opération, mais permettent aussi de protéger les médecins contre des poursuites (ce qui n'est pas spécifique aux traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' mais s'applique à tout.e patient.e).

335. Si les patient.e.s dissimulent sciemment, en réponse à une question expresse, certaines informations sur leur santé physique ou mentale, et que cela a des conséquences préjudiciables par la suite, le médecin ne pourra pas en être tenu responsable. En outre, un médecin ne peut pas être tenu pour responsable de ce qu'il ne pouvait pas savoir.

336. Par ailleurs, on constate que les conséquences d'un refus de prise en charge sont souvent absentes des réflexions, alors qu'elles devraient en faire partie au même titre que l'évaluation des risques associés aux traitements. Comme le souligne Giordano (2008), un refus de prise en charge n'est pas une décision neutre (voir aussi Hale 2007).

---

(27/05/2014), p. 56.

[http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/116/353/131552.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/116/353/131552.pdf) [consulté le 04.06.2014].

<sup>106</sup> Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2013), Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, procès-verbal de la réunion du 21 mars 2013, P.V. SASEC 16, p. 3-4, [http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/117/235/121364.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/117/235/121364.pdf) [consulté le 27.05.2014].

### III.4.2.2. Obligation d'information incombant aux médecins

---

337. L'obligation d'information pesant sur les médecins (et son pendant le droit à l'information des patient.e.s), est consacrée à l'article 44 du Code de déontologie médicale (2013)<sup>107</sup> et a été précisée tout au long des travaux parlementaires concernant le projet de loi n° 6469 sur les droits et obligations du patient.

#### III.4.2.2.1. Contenu de l'information

---

338. L'information doit porter sur certains éléments énumérés par le Code de déontologie médicale et par le projet de loi n° 6469 sur les droits et obligations du patient.

339. Selon l'article 45 du Code de déontologie médicale (2013) :

##### **Article 45**

*Les données à communiquer au patient doivent comprendre entre autres: Les investigations à prévoir, les risques des mesures diagnostiques et thérapeutiques prévues, les risques résultant de l'absence de traitement, etc., les frais de traitement à sa charge pour les interventions nécessitant une participation financière personnelle du patient.*

*Il doit établir un devis écrit lorsqu'il est conduit à proposer un traitement dont le coût est élevé. »*

340. Selon l'article 8, paragraphe 4, du projet de loi n° 6469, tel qu'il a été voté par la Chambre<sup>108</sup>:

*« (4) Les soins de santé à un patient disposant de la capacité nécessaire ne peuvent être prestés que moyennant son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.*

*Sans préjudice des dispositions des articles 9 et 10, l'information préalable porte sur les éléments essentiels caractérisant les soins de santé proposés, y compris une information adéquate sur les objectifs et les conséquences prévisibles de ces soins, leur bénéfice, leur urgence éventuelle, les risques ou événements fréquents et graves généralement connus, appréciés en tenant compte des caractéristiques spécifiques du patient, ainsi que sur les alternatives ou options thérapeutiques éventuellement envisageables et les conséquences prévisibles en cas de refus. Il incombe au professionnel de santé d'évaluer les risques et événements indésirables spécifiquement liés à l'état de santé du patient. »*

341. Plusieurs aspects importants de l'obligation d'information devraient être pris en compte lorsque des traitements hormonaux et chirurgicaux sont envisagés pour les personnes trans' :

- a. la délivrance d'informations permettant aux affilié.e.s d'avoir des attentes *réalistes* quant au résultat des traitements hormonaux et chirurgicaux ;
- b. en particulier, la délivrance d'informations sur la stérilité prévisible : une femme trans' doit être informée par l'endocrinologue ou le médecin prescrivant le traitement hormonal qu'après environ un an et demi de traitement hormonal, elle sera stérile et les options envisageables devraient être discutées ;
- c. la délivrance d'informations permettant aux affilié.e.s d'entrer en contact avec des pairs ayant suivi le même chemin (groupes de soutien ou associations), ce qui leur permet d'avoir des informations complémentaires pour l'évaluation des conséquences des traitements et de minimiser les risques d'isolement social. C'est en connaissance de cause que Tamiji (2014) a inclus la question : « Le patient a-t-il des proches, des personnes ressources ? » dans son modèle-type de dossier médical.

#### III.4.2.2.2. Obligation de vérifier que les informations ont été comprises

---

342. Selon l'article 44 du Code de déontologie médicale, « le médecin doit au patient une information loyale, formulée dans un langage clair et adapté à ses capacités de compréhension et d'assimilation ». L'actuel article 8, paragraphe (2), du projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient, tel qu'il a été voté par la Chambre, comprend une formulation similaire mais le paragraphe 8, deuxième alinéa, de l'article 8 va plus loin en précisant expressément<sup>109</sup> :

---

<sup>107</sup> « L'information du patient et son consentement. Article 44. Hormis les cas d'urgence, de refus du patient d'être informé ou d'impossibilité d'informer, le médecin doit au patient une information loyale, formulée dans un langage clair et adapté à ses capacités de compréhension et d'assimilation. [...] ».

<sup>108</sup> Texte coordonné soumis au vote des député.e.s par la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des sports : Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2014), rapport de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des sports (27/05/2014), p. 56-57.

[http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/116/353/131552.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/116/353/131552.pdf) [consulté le 04.06.2014].

<sup>109</sup> Idem, p. 57.

« Le professionnel de santé qui recueille la décision du patient veille à ce que le patient ait compris les informations fournies au moment de prendre une décision concernant sa santé. »

343. Face à l'inquiétude formulée par certains médecins concernant d'éventuels troubles mentaux des personnes trans', le respect de cette obligation devrait être considéré comme un facteur de protection pour toute personne ayant des troubles psychiques non stabilisés qui affectent sa capacité de discernement (puisque c'est à cette occasion que se révéleront des incohérences manifestes), mais aussi pour le médecin. Il incombe à tout médecin de suspendre un traitement non urgent lorsqu'une personne n'est pas apte à le comprendre ; c'est un principe général non spécifique aux traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans'.

#### III.4.2.2.3. Information écrite ou orale et charge de la preuve

344. Le projet de loi n° 6469 sur les droits et obligations du patient et les travaux parlementaires retiennent le principe de l'information orale. L'article 8, paragraphe 7, voté par la Chambre énonce <sup>110</sup> :

*« (7) L'information du patient en application de la présente loi est en principe donnée oralement et peut, le cas échéant, être précisée par une information écrite [...]. »*

345. Les travaux parlementaires apportent des précisions <sup>111</sup> :

*« Quant à la question de l'information préalable du patient et à l'obligation pour le médecin de requérir son consentement éclairé, il est précisé que le projet n'opte pas prioritairement pour un système d'information et de consentement standardisés moyennant des formulaires à signer par le patient. En revanche, l'information du patient doit en principe être donnée de façon orale; elle peut tout au plus être précisée par le biais de formulaires ou autre documentation écrite à remettre au patient.*

**Les modalités de l'information doivent être adaptées aux caractéristiques et à la personnalité du patient.** *Le patient a donc droit à une information non pas stérile mais personnalisée. Tel n'est en général pas possible par l'emploi de formulaires-types comportant une surabondance d'informations, sans entretien personnel. D'ailleurs même en Allemagne où le recours à l'information écrite formalisée est la règle, la jurisprudence a retenu que ce procédé ne dispense pas le médecin de veiller à une **information personnelle du patient, adaptée à ses besoins individuels.** »* (C'est nous qui soulignons.)

346. Dans son avis sur « Les droits des patients », le Comité économique et social européen (2007) a souligné l'importance de l'information orale :

*« 3.2.2. L'information n'est pas une fin en soi mais un moyen de permettre à la personne de faire des choix libres et éclairés. C'est pourquoi, les modalités de transmission de l'information sont aussi importantes que l'information elle-même. Elles s'inscrivent dans un processus qui va mobiliser différentes sources d'information dont Internet et les accueils téléphoniques associatifs et dans lesquels le patient va interagir avec une multitude de professionnels qui ont tous un rôle propre à jouer. La transmission orale de l'information est fondamentale. Régulièrement, le médecin doit s'assurer de la compréhension et de la satisfaction du patient. »*

347. Etant donné que seule l'information orale permet d'adapter l'information transmise aux capacités de compréhension de chaque personne et à chaque cas individuel, et que seul le dialogue permet de vérifier qu'elle a bien été transmise, elle est incontournable.

348. Pour les traitements ayant un certain degré de complexité, tels que les traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans', il semble important qu'elle soit complétée par un formulaire écrit. Ce formulaire permet de transmettre des informations plus complexes et peut lui aussi servir de point de départ à des recherches supplémentaires pouvant s'inscrire dans la période de réflexion.

349. L'idée d'un référentiel a été discutée pendant les travaux parlementaires sur le projet de loi 6469 relatif aux droits et obligations du patient. Selon la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale <sup>112</sup> :

<sup>110</sup> Idem, p. 57.

<sup>111</sup> Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2013), Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, procès-verbal de la réunion du 10 janvier 2013, P.V. SASEC 09, p. 4 (les caractères gras sont de notre fait), [http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/182/141/118410.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/182/141/118410.pdf) [consulté le 27.05.2014].

<sup>112</sup> Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2013), Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, procès-verbal de la réunion du 18 avril 2013, P.V. SASEC 17, [http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/182/141/118410.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexdpata/Mag/182/141/118410.pdf) [consulté le 31.05.2014].

« L'instrument du référentiel semble en particulier nécessaire pour tenir compte de l'évolution de la pratique médicale comportant une nette augmentation d'interventions chirurgicales non vitales (esthétiques ou corrections orthopédiques) qui va de pair avec l'accroissement des contestations et litiges initiés par des patients non satisfaits du résultat. »

350. En fin de compte, l'idée de référentiels facultatifs a été retenue <sup>113</sup>.

351. S'agissant des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans', l'existence d'un formulaire écrit peut être considérée comme une bonne pratique. Il existe des exemples de centres médicaux qui prescrivent des traitements hormonaux aux personnes trans' sur le principe du consentement éclairé ("Informed Consent Protocols"), dont les formulaires peuvent être consultés sur Internet <sup>114</sup> et dont il est possible de s'inspirer.

352. L'enjeu de l'information écrite ou orale en cas de litige est la charge de la preuve.

353. Selon le Conseil d'Etat, la « portée de l'obligation d'information, où la charge de la preuve d'avoir fourni les informations requises incombe au prestataire de soins, est soulignée par une jurisprudence récente française<sup>4</sup> qui statue que le manquement à l'obligation d'information entraînant un soin sans l'expression du consentement doit être indemnisé, même en l'absence de préjudice, marquant l'abandon du fondement contractuel de la responsabilité médicale et le retour au fondement délictuel [...]. Si la jurisprudence luxembourgeoise devait suivre l'exemple français, l'obligation d'information influencera considérablement dans l'avenir l'exercice d'un professionnel de santé » <sup>115</sup>.

### III.4.3. Synthèse et recommandation

---

354. Le droit à l'auto-détermination en matière de soins de santé est intimement lié aux règles relatives au consentement éclairé. Pour que le consentement soit éclairé, les obligations d'information mutuelles des médecins et des patient.e.s doivent être respectées. Le respect de ces règles par les médecins doit être considéré comme suffisant pour qu'ils soient protégés en cas de poursuites judiciaires et comme un facteur minimisant les risques de regret(s) des personnes trans' souhaitant bénéficier de traitements hormonaux et/ou chirurgicaux, tout en préservant leurs droits fondamentaux.

355. Intersex & Transgender Luxembourg recommande de fonder la prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' sur le principe du droit à l'auto-détermination en matière de soins de santé et d'appliquer les règles relatives au consentement éclairé qui en découlent, conformément aux principes énoncés dans le projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient.

---

<sup>113</sup> Article, paragraphe 4, troisième alinéa, du texte coordonné soumis au vote des député.e.s par la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des sports : Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (2014), rapport de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des sports (27/05/2014), p. 57.  
[http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/116/353/131552.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/116/353/131552.pdf) [consulté le 04.06.2014].

<sup>114</sup> A titre d'exemple, voir le site du *Center of Excellence for Transgender Health*, <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-hormone-ready> [consulté le 27.05.2014].

<sup>115</sup> Conseil d'Etat, avis du 26 février 2013 sur le projet de loi n° 6469 sur les droits et obligations des patients, [http://www.chd.lu/wps/PA\\_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/196/192/119951.pdf](http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/196/192/119951.pdf) [consulté le 27.05.2014].



## **IV. ALTERNATIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DES TRAITEMENTS HORMONAUX ET CHIRURGICAUX DES PERSONNES TRANS'**

356. Nous proposerons plusieurs pistes de réflexion pour des modalités de prise en charge respectueuses des droits fondamentaux des personnes, à partir de modèles alternatifs étrangers, de principes de bien-traitance et de bonne conduite administrative.

## IV.1. Modèles alternatifs à l'étranger

---

357. Nous présenterons ici des pratiques professionnelles que nous considérons comme de bonnes pratiques, ainsi qu'une proposition de loi andalouse synthétisant les principes relatifs à l'auto-détermination des personnes trans'.

### IV.1.1. Les réseaux de professionnel.le.s en France

---

358. Un nombre grandissant de professionnel.le.s adopte explicitement une approche non pathologisante dans l'accompagnement des personnes trans', soit à titre individuel (pour l'Allemagne, voir notamment Schneider/Keins 2014), soit dans le cadre de réseaux dont nous nous donnerons quelques exemples.

359. A côté des équipes hospitalières se développent en France des réseaux pluridisciplinaires de professionnel.le.s, qui placent au centre de leur approche le respect de l'autonomie de la volonté des personnes trans'.

360. En Bretagne, le colloque du 28 mai 2014, « Transidentité : quelle prise en charge ? » avait pour but de développer le travail en réseau entre professionnel.le.s de santé et associations, en partant du constat suivant (COREVIH Bretagne 2014)

*« Nous, associatifs, constatons continuellement le manque d'information des médecins sur la transidentité. Ils en deviennent donc maltraitants malgré eux, ce qui se traduit par une défiance certaine des personnes trans' vis-à-vis du corps médical. Et on ne parle que de la santé, entretient également en ligne de compte des problématiques sociales et juridiques, la xénophobie ordinaire, etc. Il n'y a qu'ensemble qu'on fera bouger les choses » explique Christine Nicolas, présidente de Rainbow Brest ».*

361. Dans son allocution d'introduction, le Dr Arvieux a souligné que le colloque s'inscrivait dans la perspective d'une prise en charge non pathologisante des personnes trans', en déclarant expressément que les organisateurs/trices du colloque considéraient que la transidentité n'est pas une maladie.

362. Dans une optique également non pathologisante, un colloque international a été organisé à Paris les 28 et 29 mars 2014, sous l'intitulé : « Genres/cultures/sociétés. Questions autour de la transidentité » (Ateliers pratiques de psychanalyse Sociale e. a. 2014) et a croisé des approches pluridisciplinaires sur la transidentité, notamment avec des professionnel.le.s de la santé.

363. En région parisienne, depuis 2010, R.E.S.P.E.C.Trans (Réseau de Prise En Charge des personnes Trans) est une association multidisciplinaire de professionnels médicaux, paramédicaux, juridiques et sociaux. Son objectif premier est de « partir des besoins des personnes Trans pour favoriser leur autonomie dans la recherche des professionnels compétents pour leur prise en charge »<sup>116</sup>. Ce réseau s'est doté d'une charte éthique qui débute ainsi :

*« **Respect de la diversité** dans un monde pluriel et solidaire. L'association R.E.S.P.E.C.Trans a pour objectif de recevoir et d'accompagner toute personne souhaitant faire reconnaître son identité de genre, indépendamment d'une intervention de réassignation sexuelle.  
**Bienveillance.** Les praticiens membres de l'équipe pluridisciplinaire, s'engagent à une attitude bienveillante vis-à-vis des demandants, dans le cadre de leurs compétences.  
**Respect de la liberté du patient /principe d'autonomie** Donner au demandant toutes les informations utiles et nécessaires, les meilleures modalités de choix possibles tant dans l'évolution des thérapeutiques que de l'encadrement juridique. »*

364. Les professionnel.le.s de ce réseau n'imposent pas de consultation psychiatrique ou psychologique obligatoire avant une prise en charge hormonale. C'est sur demande et selon leurs besoins que les personnes sont orientées le cas échéant vers des psychiatres ou psychologues ou d'autres professionnel.le.s de la santé susceptibles d'intervenir dans la transition, tel.le.s que les orthophonistes. Si la personne ne consulte pas de psychologue ou de psychiatre, une attestation de consentement éclairé est demandée (la personne est dite en « autoprescription »).

365. A Lille, un Collectif Santé Trans (CST+) s'est constitué, qui est également un réseau pluridisciplinaire. Ce réseau est porté par la Maison Dispersée de Santé de Lille et comprend des professionnel.le.s de la santé, des juristes, des associations d'usagers, des patient.e.s expert.e.s, entre autres. Ce réseau prend position<sup>117</sup> :

---

<sup>116</sup> <https://respectrans.sharepoint.com/Pages/default.aspx> [consulté le 09.05.2014].

<sup>117</sup> Collectif santé trans - CST+, communiqué de presse du 1<sup>er</sup> décembre 2013, publié par l'Observatoire des transidentités, <http://www.observatoire-des-transidentites.com/article-collectif-sante-trans-cst-121377622.html> [consulté le 27.05.2014].

- a. « **contre la pathologisation et la psychiatrisation** des transidentités, principales violences responsables d'une mauvaise estime de soi et qui mettent en danger la santé des personnes trans » ;
- b. pour la « promotion et le respect d'un suivi médical sur la base du **consentement éclairé** et du **libre choix** du ou des médecins pour la personne trans usagerE de soins, et une prise en charge des demandes de traitements adaptée à la **diversité des parcours trans**, ce qui implique :
  1. l'arrêt immédiat des stérilisations forcées pour accéder au changement d'état civil ;
  2. [...] ;
  3. l'accompagnement à l'auto détermination des enfants trans [...] et l'accompagnement de leurs parents ;
  4. le démantèlement des équipes et protocoles hospitaliers et la formation des médecins et chirurgiens français pour un suivi médical de qualité, respectueux et **dépsychiatrisé en partenariat avec les associations de terrain**. »

366. Dans le cadre du Collectif Santé Trans, environ 80 personnes trans' sont accompagnées actuellement. La prise en charge médicale des personnes trans' repose sur plusieurs axes (Riff 2014) :

- a. La notion de co-évidence, qui a fait place à la notion de co-diagnostic. Selon Riff (2014) : « L'accompagnement est une co-décision mutuelle. [...] Parfois l'évidence est là dès le premier jour. L'évidence s'installe généralement très vite. » Dans les autres cas, il peut être fait appel à des patient.e.s expert.e.s.
- b. Un système de patient.e.s expert.e.s qui sont des personnes trans' ; soit les patient.e.s expert.e.s sont invité.e.s à participer à la consultation à trois lorsque cela semble utile au médecin traitant, soit les patient.e.s sont invité.e.s à les rencontrer.
- c. Le traitement hormonal ne repose pas sur l'évaluation d'un.e psychiatre, d'un.e psychologue ou d'une psychothérapeute ; en revanche, un soutien psychologique peut être proposé, notamment parce que les personnes trans' subissent un rejet social important.
- d. Les médecins traitants posent comme seule obligation de rencontrer des pairs (des personnes qui ont fait une transition).
- e. Garanties éthiques : les médecins traitants considèrent que les patient.e.s sont porteur/euses d'une expertise, les médecins d'une autre, et qu'aucune de ces expertises ne remplace les autres mais que toutes sont complémentaires.
- f. Un conseil scientifique.

367. Le Collectif Santé Trans fonctionne depuis plusieurs années et à notre connaissance, cette approche ne pose pas de problème spécifique concernant la validité du consentement aux soins.

#### **IV.1.2. La situation spécifique des adolescent.e.s**

368. Les personnes trans' ne sont pas seulement des adultes et les adolescent.e.s trans' sont aussi concerné.e.s par les traitements médicaux, bien que les statuts ne mentionnent pas spécifiquement leur situation.

369. Même s'il est impossible de formuler des règles générales, la transidentité est le plus souvent perçue très précocement, parfois longtemps avant de pouvoir être exprimée. Parfois, les enfants trans' remarquent très tôt qu'ils ont une « différence ». Certains ne peuvent pas (encore) mettre de mots dessus ou en parler et restent invisibles (Grossman/D'Augelli 2006), tandis que d'autres le communiquent à leurs parents. La famille se trouve dans une situation délicate en raison du manque de connaissance à ce sujet, même chez les professionnel.le.s de l'éducation et de la santé, mais aussi en raison d'un rejet social important <sup>118</sup>.

370. Généralement, la puberté déclenche ou aggrave un état de détresse chez les enfants trans'. Elle s'accompagne souvent de la peur des changements corporels, de l'apparition ou de l'aggravation d'une dépression et de pensées ou d'actes suicidaires <sup>119</sup>. Peuvent y être associés d'autres symptômes tels que des troubles alimentaires, de la consommation de drogue, des conduites à risque, etc. La non-acceptation par les parents et par les pairs jouent un rôle aggravant. Au

<sup>118</sup> Sur la situation des enfants trans' en général, voir Brill/Pepper (2011) et RADELUX II (2012). Voir aussi Grossman/D'Augelli/Salter (2006).

<sup>119</sup> La suicidalité des jeunes trans' est très élevée. HES/MAG (2009) ont effectué un sondage en ligne, selon lequel 67 % des jeunes participant.e.s trans' de 16 à 26 ans « ont déjà pensé au suicide (en lien avec leur transidentité) » et 34 % ont « fait une ou des tentatives de suicide », principalement de 12 à 17 ans. D'autres études révèlent des résultats analogues, notamment Clements-Nolle/Marx/Katz (2006), ou encore Grossman/D'Augelli (2007) qui rapportent des tentatives de suicide à partir de l'âge de 10 ans. On sait peu de choses sur la suicidalité dans la petite enfance, mais des parents témoignent en ce sens.

contraire, lorsque les enfants peuvent changer de rôle social de genre à la puberté ou avant, ces symptômes psychiques et comportements tendent à disparaître et les enfants vont généralement mieux.

371. En ce qui a trait à l'école, Intersex & Transgender Luxembourg a constaté un absentéisme scolaire plus marqué, voire de mauvais résultats scolaires, des redoublements et du décrochage scolaire. Faute de diplôme et de formation, les jeunes risquent d'entrer dans une spirale d'exclusion sociale.

372. Il existe des possibilités efficaces pour prévenir ces risques, à savoir l'acceptation de l'identité de genre de ces jeunes, ainsi que l'hormonothérapie suspendant la puberté. Si le désir de changer durablement de rôle social de genre se confirme, cette hormonothérapie peut être remplacée par des hormones croisées (Giordano 2008, Reed e.a. 2008, Spack e.a. 2012, Wüsthof, sous presse). L'hormonothérapie suspensive peut débuter quand un certain stade de la puberté est atteint (stade de Tanner 2) et lorsque l'adolescent.e est psychiquement apte à donner un consentement aux actes médicaux, c'est-à-dire lorsqu'il/elle comprend ce que signifie la suspension de la puberté. Le/la pédo-endocrinologue doit s'en assurer, tout en informant les titulaires de l'autorité parentale.

373. Certains centres ou réseaux étrangers ont acquis une expérience dans le domaine de l'hormonothérapie des adolescent.e.s trans' et reçoivent des jeunes du Luxembourg depuis plusieurs années. A l'heure actuelle, il n'existe pas de structure au Luxembourg possédant l'expertise nécessaire pour *commencer* le traitement. Il pourrait être envisagé que le traitement soit débuté avec l'un de ces centres, puis, le cas échéant, continué au Luxembourg avec un.e pédo-endocrinologue.

374. En soi, il n'y a pas lieu de soumettre le traitement hormonal à autorisation préalable, sauf en cas de demande de prise en charge des frais de déplacement pour consulter des centres ou réseaux expérimentés à l'étranger. Les demandes d'autorisation préalable pour consulter les centres étrangers devraient être considérées comme urgentes car lorsque la puberté a commencé, c'est une course contre la montre qui s'engage. L'obligation de consulter un.e psychiatre au Luxembourg pendant un an au préalable est disproportionnée, compte tenu des risques pour la santé psychique et l'avenir (scolaire mais pas uniquement) des jeunes.

### IV.1.3. Proposition de loi andalouse

---

375. En 2014, une proposition de loi a été déposée au Parlement de l'Andalousie (Parlamento de Andalucía 2014), ayant pour finalité de « garantir le droit à l'auto-détermination du genre des personnes dont l'identité de genre est distincte de celle assignée à la naissance » (article 1<sup>er</sup>)<sup>120</sup>. Nous la citons ici parce qu'elle formule des principes de prise en charge médicale des adultes et adolescent.e.s trans' respectueux de leurs droits fondamentaux.

376. Cette proposition de loi s'inscrit expressément dans le cadre des compétences de l'Andalousie en matière de lutte contre les discriminations et s'intitule « Proposition de loi intégrale visant à la non-discrimination en raison de l'identité de genre et à la reconnaissance des droits des personnes transsexuelles en Andalousie ».

377. L'exposé des motifs (p. 5) souligne un changement de perspective au niveau international, axé d'une part sur les recommandations d'un nombre croissant d'expert.e.s renommé.e.s visant à la dépathologisation de la transsexualité et, d'autre part, sur les recommandations d'instances telles que l'ONU concernant la lutte contre les discriminations fondées sur l'identité de genre, ces deux aspects étant conçus comme un tout indissociable.

378. L'exposé des motifs rappelle que la libre auto-détermination du genre constitue un droit humain fondamental et s'appuie sur les *Principes de Jogjakarta* (2007), le rapport « Droits de l'homme et identité de genre » de l'ancien Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Hammarberg (2009) et la loi argentine de 2012 sur l'identité de genre (Argentine 2012)<sup>121</sup> (p. 5).

379. L'article 6, paragraphe 2, de la proposition de loi andalouse pose le principe de l'auto-détermination pour les traitements hormonaux et chirurgicaux :

« 2. Aucune personne ne sera obligée de se soumettre à un traitement, à une procédure médicale ou à un examen psychologique restreignant sa libre auto-détermination de son genre ».

380. L'intention sous-jacente à cet article est de « garantir l'autonomie responsable du patient-usager transsexuel face aux prestataires de services de santé, en abandonnant définitivement des anachronismes tels que les thérapies 'curatives' ou ce qui est appelé 'test ou expérience de vie réelle' » (exposé des motifs, p. 7). Il s'agit de garantir la prise en charge, par le système de santé, des soins de santé découlant de l'auto-détermination de l'identité de genre, en délaissant l'évaluation psychiatrique ou psychologique obligatoire, ainsi que toute procédure non voulue par la personne.

---

<sup>120</sup> Les citations relatives à la proposition de loi dans cette rubrique sont des traductions à partir de l'espagnol.

<sup>121</sup> Loi n° 26.743, du 23 mai 2012, établissant le droit à l'identité de genre, publiée au Bulletin officiel de la République d'Argentine n° 32.404, du 24 mai 2012, p. 2.

381. Lors des débats parlementaires, l'une des auteur.e.s de la proposition de loi l'a exprimé en ces termes :

*« Nous faisons cette loi..., cette proposition de loi, pour garantir que nul ne puisse imposer ses croyances et idéologies à d'autres personnes, les obligeant ainsi à être qui elles ne sont pas, alors qu'elles ont une autre conscience d'elle-même. [...] Empêcher la reconnaissance de cette liberté ne sera pas possible et ne fera qu'ajouter une souffrance de plus à ceux et celles qui devront être confronté.e.s à de nombreux stéréotypes sociaux avant de s'accepter et d'être accepté.e.s, face à cette obligation absurde de se conformer au binôme garçon-fille qui méconnaît l'existence d'autres réalités » (Doblas Miranda, p. 27).*

382. Les mineur.e.s trans' sont expressément pris.e.s en considération par la proposition de loi andalouse qui consacre « la reconnaissance explicite du droit des mineur.e.s de développer leur propre identité de genre, même si celle-ci est distincte de l'identité de genre assignée à la naissance » (exposé des motifs, p. 9), tout en garantissant leur accès aux soins de santé correspondants. Un article leur est spécifiquement consacré :

« **Article 19.** Des mineurs.

1. Les mineurs relevant de cette loi ont le droit de recevoir de la Communauté Autonome d'Andalousie la protection et l'assistance nécessaires pour que soit favorisé leur développement intégral grâce à des actions efficaces pour leur intégration familiale et sociale.
2. Toute intervention de l'Administration de la Junte d'Andalousie <sup>122</sup> sera guidée par le principe directeur de l'intérêt supérieur de l'enfant et évitera autant que possible les situations où l'enfant sera dans une situation de non-défense (« indefensión »). L'intérêt supérieur du mineur aura la primauté sur tout autre intérêt légitime.
3. Le droit de se développer sainement et complètement, dans des conditions de liberté et de dignité, est reconnu aux mineurs transsexuels sur les plans physique, mental, moral, spirituel et social. Cela englobe la détermination et le développement de leur propre identité de genre et le droit de recevoir les documents d'accréditation prévus à l'article 10 <sup>123</sup>.
4. A cet effet, la demande visée à l'article 10, paragraphe 2, devra être effectuée par ses parents, tuteurs ou représentants légaux, avec l'accord exprès du mineur, qui sera entendu en tenant compte des principes d'aptitude et de capacité progressive, conformément à la législation nationale et andalouse en vigueur.
5. Lorsque, pour un motif non justifié, il sera impossible que cette demande soit déposée par les parents, tuteurs ou représentants légaux du mineur, l'intervention du parquet ou de l'autorité judiciaire compétente pour la défense des droits des mineurs pourra être sollicitée.
6. Les mineurs relevant de cette loi ont pleinement le droit de recevoir l'assistance sanitaire nécessaire pour garantir le développement équilibré et sain de leur identité de genre, tout spécialement à la puberté. L'assistance sanitaire dont ils bénéficieront sera fournie conformément à la loi 1/1998, du 20 avril 1998, sur les droits des mineurs et leur assistance, de la Junte d'Andalousie (art. 10) et à la loi 41/2002, du 14 novembre 2002, loi de base réglementant l'autonomie du patient et les droits et obligations en matière d'information et de documentation clinique. »

#### IV.1.4. Synthèse et recommandations

383. Un nombre grandissant de professionnel.le.s adopte explicitement une approche non pathologisante dans l'accompagnement des personnes trans', soit à titre individuel, soit dans le cadre de réseaux dont RESPECTRANS et le Collectif Santé Trans (CST+) constituent des exemples de bonnes pratiques en France. L'autonomie de la volonté des personnes trans' y est placée au cœur de la relation patient.e/médecin et aucune condition préalable de consultation psychiatrique, psychologique ou psychothérapeutique n'est posée, pas plus qu'une « expérience en vie réelle ». A notre connaissance, cette approche ne pose pas de problèmes spécifiques concernant la validité du consentement aux soins.

384. En ce qui concerne les adolescent.e.s trans', la puberté est une période à risque (dépression, suicidalité, conduites à risque, décrochage scolaire, etc.). Les traitements hormonaux les aident généralement à aller mieux. Ils peuvent être

<sup>122</sup> La Junte d'Andalousie est l'institution au sein de laquelle s'organise politiquement l'autogestion de la Communauté Autonome d'Andalousie.

<sup>123</sup> L'article 10, paragraphes 1 et 2, énonce : « 1. Pour favoriser une meilleure intégration et éviter des situations de souffrance pour cause d'exposition publique ou de discrimination, la Communauté autonome d'Andalousie fournira à toute personne qui en fera la demande les accréditations conformes à l'identité de genre manifestée par ladite personne, nécessaires pour l'accès à ses services administratifs ou autres. 2. Ces accréditations seront gérées par les départements déterminés par voie réglementaire, à la demande de la personne intéressée et, le cas échéant, par son représentant légal. Les formalités d'envoi de la documentation administrative prévues dans la présente loi seront gratuites, ne nécessiteront pas d'intermédiaire et n'impliqueront en aucun cas l'obligation de fournir ou de présenter le moindre document médical. [...] »

débutés dans l'un des centres ou réseaux expérimentés à l'étranger et, le cas échéant, pourraient être poursuivis au Luxembourg. L'important est que l'adolescent.e ait la maturité nécessaire pour comprendre les conséquences des traitements.

385. Intersex & Transgender Luxembourg recommande :

- a. de continuer à prendre en charge les traitements hormonaux des adolescent.e.s trans' et de supprimer la condition de l'autorisation préalable, sauf en cas d'hospitalisation (qui devrait être exceptionnelle pour les traitements hormonaux) ou de demande de prise en charge des frais de déplacement pour consulter des centres ou réseaux expérimentés à l'étranger ;
- b. de considérer les demandes d'autorisation préalable présentées dans ce contexte comme urgentes, tout en garantissant le libre choix du médecin.

386. Une proposition de loi déposée en 2014 en Andalousie énonce des principes de prise en charge médicale des adultes et des adolescent.e.s trans' sur le fondement leur droit à l'auto-détermination et peut elle aussi être considérée comme une bonne pratique.

## IV.2. Règles de bien-traitance et code de bonne conduite administrative

---

### IV.2.1. Règles de bien-traitance

---

387. Une peur récurrente chez une partie des personnes trans' est celle d'aller consulter des professionnel.le.s de la santé, par anticipation de possibles réactions transphobes, et/ou en raison de mauvaises expériences passées : utilisation du mauvais prénom et des mauvais pronoms, en particulier devant d'autres patient.e.s, moqueries, humiliations, refus de soins, harcèlement et agressions physiques, etc. (Bauer e.a. 2014). Appeler une personne par le prénom et la civilité qui ne conviennent pas dans une salle d'attente peut l'exposer à des agressions.

388. Il en résulte qu'une partie des personnes évitent autant que possible les services de santé (Whittle e.a. 2008, p. 59-63, Fuchs e.a. 2013, p. 99-101). Une étude canadienne portant sur l'Ontario a révélé que 21 % des personnes trans' interrogées évitaient les services d'urgence parce qu'elles pensaient que le fait d'être trans' influencerait négativement la façon dont elles y seraient traitées (Bauer e.a. 2014).

389. Reucher (2014) parle de « transphobie involontaire », qui résulte d'un « manque d'attention ou de connaissance » et qui consiste en des « remarques ou comportements qui sont liés à des automatismes de fonctionnement et qui sont adaptés pour la majorité de la population » (mais pas pour la population trans').

390. Une première bonne pratique consiste à appeler la personne conformément à son identité de genre, c'est-à-dire à s'adresser à une femme trans' au féminin et à un homme trans' au masculin et, en cas de doute, de poser directement la question à la personne.

301. Par ailleurs, Reucher (2014) propose les bonnes pratiques suivantes :

#### **« Accueil téléphonique »**

*Lorsqu'une personne prend rendez-vous, on lui demande pourquoi elle souhaite consulter. S'il s'agit d'un parcours de changement de sexe, on peut demander si la personne a un prénom d'usage et si elle souhaite qu'on l'utilise.*

#### **Accueil administratif (constitution du dossier médical ou mise à jour)**

*Lors d'une première consultation, il faut constituer un dossier médical. S'il faut certes relever les éléments administratifs d'état civil (nom, prénom, adresse, téléphone, numéro de sécurité sociale), rien n'empêche d'y ajouter le prénom, le genre d'usage et de préciser le genre et prénom à utiliser pour l'envoi des courriers papier, (certaines personnes reçoivent leur courrier selon leur état civil et d'autres selon leur genre et prénom d'usage). On peut aussi éviter de mentionner 'Madame ou Monsieur' quand la personne se présente d'une façon androgyne. Dans le doute, un simple 'bonjour' est suffisant et ce n'est pas impoli. Il n'est pas obligatoire d'ajouter 'Madame ou Monsieur', de même, ces civilités peuvent ne pas figurer sur les enveloppes des courriers, voire même sur les documents. Quand on a affaire à une personne transidentitaire, le mieux est de lui demander de quelle façon elle souhaite que l'on s'adresse à elle et de préciser ces informations dans son dossier de façon à éviter les erreurs.*

*Le gros problème, ce sont les systèmes informatiques qui ne sont pas conçus pour que le genre puisse être modifié car il est affiché en fonction du numéro de sécurité sociale. Madame ou Monsieur ne font pourtant pas partie de l'état civil, il s'agit plutôt d'un usage poli. Il faudrait sensibiliser à ce problème les programmeurs, le personnel administratif et les directeurs d'établissements hospitaliers. C'est beaucoup plus simple avec les cabinets libéraux car il n'y a pas de système centralisé et les médecins peuvent plus facilement adapter la fiche patient.*

#### **Salle d'attente**

*Sur la couverture du dossier médical, on peut indiquer le genre et prénom tels que la personne souhaite qu'on les utilise, idem sur le carnet de rendez-vous ou les fiches de liaison. Cela évite les erreurs du style d'appeler «Monsieur LEGALL\*» alors que c'est une dame qui se présente ou de d'appeler «Madame KERMAR\*» alors que l'on voit un homme qui arrive. (\* noms fictifs pour l'illustration.)*

[...]

#### **Documents et lettres à propos des consultantEs**

*Tout au long du parcours de transition, à la demande des consultants, il y aura besoin de rédiger des lettres et attestations à destination d'autres professionnels de santé, des administrations, des employeurs, de la justice, des forces de l'ordre, des établissements scolaires ou d'enseignement supérieur. Ce que vous écrirez à leur propos doit pouvoir être lu par vos consultantEs. Certains professionnels de santé leurs proposent même une relecture afin d'éviter les erreurs ou de supprimer des points personnels qu'ils/elles n'ont pas envie de d'aborder avec n'importe qui en dehors de la consultation. Les consultantEs doivent se sentir à l'aise et en accord par rapport au contenu des documents car ils/elles vont devoir les produire.*

#### **Exemples de rédaction (\* prénoms, noms et dates de naissance fictifs):**

*Madame/Monsieur [Prénom d'usage] (Prénom pour l'état civil) [NOM de famille] née le [DATE de naissance].*

#### *Ce qui donne pour :*

*- une trans' MtF: Madame Martine\* (Albert\* pour l'état civil) LEGALL\* née le 25/10/1980\* puis Madame Martine LEGALL dans le reste du document rédigé au féminin,  
- un trans' FtM: Monsieur Jean\* (Sophie\* pour l'état civil) KERMAR\* né le 25/10/1980\* puis Monsieur Jean KERMAR dans le reste du document rédigé au masculin. »*

### **IV.2.2. Code de bonne conduite administrative**

392. Les règles de bien-traitance ci-dessus peuvent être transposées aux principes régissant les relations de l'administration avec le public.

393. L'article 41 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne dispose :

#### **« Droit à une bonne administration**

*1. Toute personne a le droit de voir ses affaires traitées impartialement, équitablement et dans un délai raisonnable par les institutions, organes et organismes de l'Union.*

*2. Ce droit comporte notamment:*

*a) le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre;*

*b) le droit d'accès de toute personne au dossier qui la concerne, dans le respect des intérêts légitimes de la confidentialité et du secret professionnel et des affaires;*

*c) l'obligation pour l'administration de motiver ses décisions. »*

394. La Médiateure du Grand-Duché de Luxembourg (2011-2012) a recommandé l'adoption d'un code de bonne conduite administrative fondé sur l'article 41 précité. Intersex & Transgender Luxembourg se rallie à cette proposition.

395. Nous commenterons ci-après certains articles du code proposé par la Médiateure.

#### *« Article 12 - Courtoisie*

*1. Le fonctionnaire est consciencieux, correct, courtois et abordable dans ses relations avec le public. Dans ses réponses à la correspondance, aux appels téléphoniques et aux courriers électroniques, le fonctionnaire s'efforce d'être aussi serviable que possible et il répond de manière aussi complète et exacte que possible aux questions posées. »*

396. Intersex & Transgender Luxembourg recommande que les règles de courtoisie soient interprétées comme signifiant que les agents de l'administration s'adressent aux personnes trans' conformément à leur identité de genre si celles-ci en font la demande, indépendamment du sexe et des prénoms figurant dans les documents d'identité et les bases de données, que ce soit dans la communication orale ou écrite.

397. S'agissant des courriers, la civilité (Madame, Monsieur) n'étant pas juridiquement obligatoire pour l'identification des personnes, il faudrait prévoir la possibilité d'écrire aux personnes trans' sans cette mention lorsqu'elles le demandent. De plus, il faudrait prévoir la possibilité d'écrire aux personnes sous leur prénom usuel lorsqu'elles le souhaitent, ce qui implique une réflexion et une modification concernant les fichiers informatiques utilisés par l'administration, notamment par les

institutions du domaine de la santé. A titre d'exemple, un laboratoire d'analyses médicales ne peut pas introduire la civilité choisie par une personne, par exemple « Monsieur », si la personne a un numéro d'identification associé au sexe féminin : le système refuse l'enregistrement du dossier <sup>124</sup>.

398. En ce qui concerne l'accueil par les structures dans le domaine de la santé, nous renvoyons aux recommandations de Reucher (2014) reprises à la rubrique IV.2.1. : « Règles de bien-traitance » ci-dessus.

399. Il serait utile que les agents de l'administration en contact avec le public soient informés et formés sur l'accueil des personnes trans'.

*« Article 16 - Droit d'être entendu et de faire des observations*

*1. Dans les cas où les droits ou les intérêts de citoyens sont en jeu, le fonctionnaire veille à ce que les droits de défense soient respectés à chaque étape de la procédure de prise de décision.*

*2. Dans les cas où une décision affectant ses droits ou ses intérêts doit être prise, tout membre du public a le droit de soumettre des observations écrites, et si nécessaire, de présenter des observations orales avant que la décision ne soit adoptée. »*

400. Dans le cas de la soumission d'observations orales avant l'adoption d'une décision administrative, ou lors de tout autre rendez-vous avec le CMSS, Intersex & Transgender Luxembourg recommande qu'une personne de confiance soit autorisée à accompagner les personnes à l'entretien avec le CMSS, ce qui n'est pas nécessairement le cas actuellement.

*« Article 18 - Obligation de motiver les décisions*

*1. Toute décision pouvant porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'une personne privée doit indiquer les raisons sur lesquelles elle se fonde en précisant les faits pertinents et la base juridique de la décision. »*

401. Dans le cadre de l'examen des demandes d'autorisation préalable relatives aux traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans', il est nécessaire que des critères transparents et objectifs tenant compte des droits fondamentaux des personnes soient utilisés (tels que le droit à la vie privée/le droit à l'auto-détermination), afin qu'il n'y ait pas d'arbitraire et que l'examen ne soit pas fondé sur des stéréotypes de genre.

402. En accord avec ce principe, les statuts de la CNS prévoient que l'avis à rendre par le Conseil médical soit motivé en matière de « dysphorie de genre », ce qui est l'un des principes fondamentaux du droit administratif. Retirer certains actes du domaine de l'autorisation préalable permettrait d'aller dans le sens d'un allègement de la tâche du CMSS (voir rubrique II.7.2. : « Opportunité du régime de l'autorisation préalable »).

*« Article 20 - Notification de la décision*

*1. Le fonctionnaire veille à ce que les décisions affectant les droits ou intérêts des citoyens soient notifiées par écrit à la personne ou aux personnes concernées, dès que la décision a été prise.*

*2. Le fonctionnaire s'abstient de communiquer la décision à d'autres sources aussi longtemps que la ou les personne(s) concernée(s) n'a/ n'ont pas été informée(s) ».*

403. Certaines affilié.e.s ont indiqué à Intersex & Transgender Luxembourg qu'ils/elles avaient reçu des notifications orales de refus de prise en charge.

*« Article 19 - Indication des voies de recours*

*Une décision de l'administration pouvant porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'une personne privée doit contenir une indication des voies de recours existant en vue d'attaquer cette décision. Elle doit notamment indiquer la nature des recours, les organes qui peuvent être saisis ainsi que les délais applicables à l'introduction des recours. »*

Cet article reprend l'un des principes du droit administratif.

### **IV.2.3. Synthèse et recommandations**

404. Intersex & Transgender recommande l'adoption d'un code de bonne conduite administrative tel qu'il a été proposé par la Médiateure du Grand-Duché de Luxembourg et une application de ce code qui soit respectueuse de la situation spécifique des personnes trans', notamment s'agissant de leur prénom usuel, des pronoms correspondants et de la civilité, qui devraient pouvoir être utilisés par l'administration sur simple demande des personnes trans', indépendamment de l'état civil. Intersex & Transgender Luxembourg recommande tout particulièrement :

- a. que les agents de l'administration en contact avec le public soient formés à l'accueil des personnes trans' ;

---

<sup>124</sup> Témoignage reçu par Intersex & Transgender Luxembourg le 20 juin 2014. Sur la tenue de dossiers électroniques de patient.e.s trans', voir les recommandations de Deutsch e.a. (2013).

- b. qu'une personne de confiance (membre de la famille ou non) puisse accompagner l'affilié.e aux rendez-vous avec le CMSS ;
- c. que les décisions du CMSS soient motivées, notifiées par écrit aux affilié.e.s et comportent une indication des voies de recours.

### IV.3. Consulter Intersex & Transgender Luxembourg

---

405. Intersex & Transgender Luxembourg demande à être consultée pour toute question affectant les personnes trans', à la fois parce que celles-ci doivent être au centre de toute prise de décision à leur égard et que l'association a acquis une expertise reconnue sur les thématiques trans' <sup>125</sup>.

406. De par son objet social <sup>126</sup> et les compétences professionnelles qu'elle rassemble, l'association a développé une expertise approfondie et tout particulièrement dans les domaines de la médecine, du droit et de l'éducation <sup>127</sup>.

407. Entre autres, l'un des axes de travail de l'association est le développement de formations adaptées à des professionnel.le.s, car l'association constate qu'il existe un grand manque de connaissances sur les thématiques trans', dans la mesure où aucun cursus professionnel ne comporte d'informations systématiques sur les thématiques trans' de façon approfondie. Les formations permettent notamment de faire en sorte que les questions affectant les personnes trans' soient traitées **en tenant compte de leur situation spécifique** par les institutions et les professionnel.le.s concerné.e.s, conformément aux recommandations d'Equinet - European network of equality bodies (2013, p. 22).

408. A titre d'exemple, voici les formations et colloques les plus récemment organisés :

- a. Formation : « Umgang mit Geschlechtervarianz in der Schule », organisé les 19 et 26 mai 2014 pour le personnel des écoles en coopération avec l'Institut de la Formation continue du ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse <sup>128</sup>.
- b. Colloque pour juristes : « La reconnaissance juridique de l'identité de genre », 17 mai 2013, organisé en coopération avec l'Université de Luxembourg, Abbaye de Neumünster <sup>129</sup>.
- c. Congrès pluridisciplinaire : « La normativité de genre et ses effets sur l'enfance et l'adolescence », du 24 au 29 septembre et 26 octobre 2012, organisé en coopération avec l'Université du Luxembourg, Abbaye de Neumünster et Maison de l'Europe.

409. Les actes du congrès de 2012 paraîtront en 2014 sous la référence suivante : Schneider, E., Baltes-Löhr, C., dir. (2014, sous presse) : Normierte Kinder. Bielefeld: transkript <sup>130</sup>.

### IV.4. Pour un moratoire suspensif des dispositions des statuts de la CNS sur le « syndrome de dysphorie de genre »

---

410. Les modes de prise en charge existants peuvent être classés selon deux grandes catégories, les modèles paternalistes et les modèles axés sur le consentement éclairé.

411. Selon les **modèles paternalistes**, tel que celui prévu par les statuts de la CNS <sup>131</sup> :

- a. Il n'y a pas de co-responsabilité partagée entre les médecins (endocrinologues, chirurgien.ne.s) et les patient.e.s. Le principe de co-responsabilité est écarté parce que les patient.e.s sont présumé.e.s ne pas être aptes à donner un consentement éclairé aux traitements sur la base des informations que leur fournissent endocrinologues et chirurgien.ne.s.
- b. L'évaluation psychiatrique, psychologique et/ou psychothérapeutique et le feu vert donné par ces professionnel.le.s sont obligatoires pour accéder aux traitements hormonaux et chirurgicaux.
- c. Les modèles paternalistes occasionnent des **atteintes aux droits humains** tels que le droit à l'intégrité psychique, le droit à la vie privée, le droit à l'auto-détermination et le droit de ne pas subir de discrimination.

---

<sup>125</sup> Certaines institutions ont fait référence au travail d'Intersex & Transgender Luxembourg, telles que le conseil communal de la Ville de Luxembourg (2013) et l'Ombuds Comité pour les droits des enfants - ORK (2013).

<sup>126</sup> *Mémorial* n° C - N° 1724, du 18 juillet 2013, p. 82734.

<sup>127</sup> Voir notamment le rapport RADELUX II (2012) sur la situation des enfants trans' et intersexes et Schneider/Keins (2014, sous presse).

<sup>128</sup> <http://www.formation-continue.lu/descriptionformation?idFormation=13081> [consulté le 16.06.2014].

<sup>129</sup> <https://www.ccm.lu/fr/Culture/Offre-diversifiee-Calendar-shop-visites/Programmation/Conferences/La-reconnaissance-juridique-de-l-identite-de-genre-Friday-17-May-2013-8-30-00-am> [consulté le 16.06.2014].

<sup>130</sup> <http://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-2417-5/normierte-kinder> [consulté le 16.06.2014].

<sup>131</sup> Ou encore proposé par d'autres auteur.e.s, tel.le.s que Nieder/Briken/Richter-Appelt (2014).

412. Selon les **modèles axés sur le consentement éclairé** :

- La décision sur les traitements médicaux relève de la co-responsabilité des médecins et des patient.e.s, qui prennent les décisions finales concernant leurs soins de santé sur la base des informations que leur fournissent les médecins.
- L'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux n'est pas subordonné à une évaluation psychiatrique, psychothérapeutique ou psychologique.
- Les droits fondamentaux de la personne et les principes posés dans le projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient sont respectés, en particulier le droit à l'intégrité psychique et le droit à la vie privée.
- A titre d'exemple de ce modèle, on peut citer : R.E.S.P.E.C.Trans (Réseau de Prise En Charge des personnes Trans), le Collectif Santé Trans (CST+) et la proposition de loi andalouse.

413. **Seuls les modèles de prise en charge fondés sur l'autonomie de la volonté et le consentement éclairé respectent les droits fondamentaux de la personne.**

414. **Etant donné que les droits fondamentaux des personnes ne sont pas respectés par le dispositif de prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans' prévus par les statuts de la CNS, Intersex & Transgender Luxembourg demande l'adoption d'un moratoire suspendant l'application du point 15) de l'annexe C, des statuts de la CNS.**

## **V. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS : POUR UN NOUVEAU MODÈLE DE PRISE EN CHARGE**

415. Cette rubrique reprend, sous une forme synthétique, les recommandations formulées tout au long de ce document en vue de l'adoption d'un nouveau modèle de prise en charge des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans'.

416. Intersex et Transgender Luxembourg formule les recommandations suivantes :

1. Adopter un moratoire suspendant l'application du point 15) de l'annexe C des statuts de la CNS.
2. Consulter Intersex & Transgender Luxembourg pour toute question affectant les personnes trans', à la fois parce que celles-ci doivent être au centre de toute prise de décision à leur égard et que l'association a acquis une expertise reconnue sur les thématiques trans', en particulier dans le domaine de la médecine, du droit et de l'éducation.
3. Maintenir le principe du remboursement des traitements hormonaux et chirurgicaux des personnes trans', conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme ; fonder la prise en charge de ces traitements sur le droit à l'auto-détermination en matière de soins de santé et appliquer les règles relatives au consentement éclairé qui en découlent, conformément aux principes énoncés dans le projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient, ainsi qu'aux principes suivants :
  - 3.1. Adopter une approche non pathologisante, ainsi que des concepts et un système de classification non stigmatisants. A la place du « syndrome de dysphorie de genre », Intersex & Transgender Luxembourg propose, comme base de réflexion, le concept de « réassignation sexuée ».
  - 3.2. Présumer, sous peine d'instituer une discrimination, que les personnes trans' sont aptes à consentir aux traitements hormonaux et chirurgicaux et ne conditionner ceux-ci ni à une « expérience en vie réelle », ni à une quelconque forme d'évaluation (qu'il s'agisse d'un diagnostic psychiatrique ou d'une quelconque forme de suivi ou d'évaluation psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique, ou autre) par un tiers (professionnel de la santé mentale ou non), qui serait obligatoire et conçue comme une condition préalable à la prise en charge des traitements.
  - 3.3. Mettre en œuvre les traitements de façon adaptée aux besoins de chaque personne, sans imposer les étapes, l'ordre et le rythme des traitements. En particulier, ne pas partir du principe que les personnes trans' adhèrent nécessairement à une conception binaire du genre.
  - 3.4. Garantir le libre choix du médecin.
  - 3.5. Assurer la prise en charge des traitements hormonaux des personnes trans' sans qu'une autorisation préalable soit requise, sauf pour les frais de déplacement à l'étranger dont les affilié.e.s demandent la prise en charge ou lorsqu'une nuit d'hospitalisation est nécessaire.
  - 3.6. Continuer à prendre en charge les traitements hormonaux des adolescent.e.s trans' et supprimer la condition de l'autorisation préalable, sauf en cas d'hospitalisation (qui devrait être exceptionnelle pour les traitements hormonaux) ou de demande de prise en charge des frais de déplacement pour consulter des centres ou réseaux expérimentés à l'étranger ; considérer les demandes d'autorisation préalable présentées dans ce contexte comme urgentes, tout en garantissant le libre choix du médecin.
  - 3.7. Maintenir le principe de la prise en charge des traitements hormonaux en dehors des cas prévus lors de l'autorisation de mise sur le marché.
  - 3.8. Inclure l'épilation définitive de la barbe motivée par un processus de réassignation sexuée parmi les prestations prises en charge par la CNS sans autorisation préalable.
  - 3.9. Réinclure la chirurgie de féminisation (ou de masculinisation) du visage parmi les actes pris en charge et examiner les demandes d'autorisation préalable sur le fondement du droit à la vie privée des personnes trans'.
4. Adopter un code de bonne conduite administrative tel qu'il a été proposé par la Médiateure du Grand-Duché de Luxembourg et appliquer ce code en tenant compte de la situation spécifique des personnes trans' ; notamment, leur prénom usuel, les pronoms correspondants et la civilité devraient pouvoir être utilisés par l'administration sur simple demande des personnes trans', indépendamment de l'état civil. Intersex & Transgender Luxembourg recommande tout particulièrement :
  - 4.1. que les agents de l'administration en contact avec le public soient formés à l'accueil des personnes trans' ;
  - 4.2. qu'une personne de confiance (membre de la famille ou non) puisse accompagner l'affilié.e aux rendez-vous avec le CMSS ;
  - 4.3. que les réponses du CMSS aux demandes d'autorisation préalable reposent sur des critères transparents et objectifs, fondés sur les droits fondamentaux des personnes trans' et non pas sur des stéréotypes de genre, et

soient conformes au droit à l'auto-détermination consacré par le projet de loi n° 6469 sur les droits et obligations du patient ;

- 4.4. que les décisions du CMSS soient motivées, notifiées par écrit aux affilié.e.s et comportent une indication des voies de recours.
5. Dans la double optique de préserver la liberté du consentement aux traitements hormonaux et chirurgicaux et de favoriser l'intégration sociale des personnes trans', autoriser, sur demande auprès de la commune, la rectification de la mention du sexe et du prénom à l'état civil sans condition ni de traitements hormonaux et/ou chirurgicaux, ni de diagnostic ou d'évaluation psychiatrique, psychologique ou psychothérapeutique, ni d'une quelconque évaluation par des tiers.



## **VI. ANNEXES**

## Glossaire

**APA** : American Psychiatric Association (Société américaine de psychiatrie).

**Assignation (d'un sexe)** : attribution d'un sexe à un enfant sur la base de caractéristiques anatomiques considérées comme « femelles » ou « mâles » dans un système sociétal structuré autour d'une dichotomie des sexes.

**Auto-perception** : l'« auto-perception » est, littéralement, la façon dont on se perçoit soi-même. Appliquée aux personnes trans', la notion d'auto-perception désigne la façon dont une personne se perçoit par rapport à son sexe d'assignation. S'agissant des enfants dits « trans' », cette notion est particulièrement utile, parce que les enfants n'utilisent pas nécessairement le terme « trans' » pour se définir. Partir de l'auto-perception de l'enfant permet de ne pas tenter de faire cadrer celui-ci avec des catégories préétablies qui sont étrangères à son expérience, mais à écouter au plus près sa parole et les termes qu'il emploie pour décrire son ressenti. Cette approche consiste à prendre au sérieux ce que l'enfant exprime et souhaite.

**Bientraitance** : la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. Ainsi, la bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. Elle n'est ni le contraire logique, ni le contraire pragmatique de la maltraitance. La bientraitance s'inscrit dans les conceptions d'une société spécifique, à un moment donné du temps. Il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre dans le cadre du projet de service et d'établissement, faute de quoi la démarche perdrait de sa dynamique et de son sens. Néanmoins, si la bientraitance est par définition une notion contextuelle et non figée, elle comporte un certain nombre de dimensions incontournables et ne peut donc relever d'un choix arbitraire. **Mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation, la bientraitance ne peut, en tant que telle, recevoir de définition définitive.** La bientraitance naît donc d'un équilibre entre un fond commun d'exigences permanentes – celle de répondre aux besoins fondamentaux de l'usager<sup>(15)</sup> de la manière la plus individualisée et personnalisée possible – et une interprétation puis une mise en œuvre par définition ponctuelles et dynamiques données par les professionnels au sein d'une structure déterminée. La bientraitance se définit par conséquent au terme d'échanges continus entre tous les acteurs : institutions, professionnels, usagers, familles et proches des usagers, bénévoles et parties prenantes ponctuelles de l'accompagnement. Ce n'est qu'au croisement et dans le respect de toutes ces analyses qu'une bientraitance réellement légitime peut se construire au sein des structures. **Parce que la bientraitance est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence** (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux - ANESM - 2008).

**CEDH** : Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, ou encore « Convention européenne des droits de l'homme », adoptée sous l'égide du Conseil de l'Europe.

**Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne** (2012) : <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT> [consulté le 15.06.2014].

**Chirurgie de réassignation sexuelle** : processus par lequel les caractéristiques anatomiques sexuées d'une personne sont modifiées pour mieux correspondre à son identité de genre (comp. Chambre de commerce gaie du Québec 2014). La formulation « chirurgie de réassignation sexuelle » figurant dans les statuts de la CNS renvoie à la chirurgie « exclusivement pelvienne et mammaire ».

**Chirurgie plastique** : elle englobe la chirurgie réparatrice et la chirurgie esthétique. Plutôt que chirurgien réparateur ou chirurgien esthétique, on dira chirurgien plasticien, puisque souvent il est habilité à pratiquer les deux<sup>132</sup>.

**CIM** : *Classification internationale des maladies* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

**CMSS (Contrôle médical de la sécurité sociale)** : administration de l'Etat, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, chargée, entre autres attributions, d'examiner les demandes d'autorisation préalables relatives à la prise en charge de certains traitements médicaux par la Caisse nationale de santé. <http://www.mss.public.lu/acteurs/cmss/index.html> [consulté le 02.06.2014]. Un projet de loi n° 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale a été déposé le 14 février 2014 à la Chambre des députés.

**CNS** : Caisse nationale de santé.

**Collectif Santé Trans (CST+)** : réseau pluridisciplinaire de professionnel.le.s prenant en charge la santé des personnes trans' et porté par la Maison Dispersée de Santé de Lille (France).

<sup>132</sup> <http://www.jauffret-esthetique.com/glossaire-esthetique.html> [consulté le 05.06.2014].

**Coming-out** : fait de révéler quelque chose d'intime et de gardé secret à une personne qui n'était pas informée. Fait, par exemple, de révéler sa transidentité [...] à un-e partenaire, à un-e ami-e ou à son employeur (Augst-Merelle/Nicot 2006, p. 178-179).

**Contrôle social** : ensemble des moyens (matériels et symboliques) mis en œuvre par une société pour s'assurer de la conformité de ses membres aux normes en place. Ce contrôle peut s'exercer par le biais d'institutions contraignantes, productrices de lois et règlements (institutions scolaires, policières, judiciaires, religieuses, médicales, travail social) mais aussi par des formes de contrainte intériorisées au cours de la socialisation familiale, scolaire, urbaine et professionnelle. Pour tenir durablement, les normes sociales ne peuvent être seulement imposées du dehors, elles doivent entraîner l'adhésion des individus qui se font une obligation d'obéir aux règles<sup>4</sup>. [...] (Pruvost 2010, p. 55.)

**Dépathologisation** : fait de retirer du champ de la pathologie.

**Dépsychiatisation** : fait de retirer du champ de la psychiatrie.

**DSM** : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)*, élaboré par l'American Psychiatric Association (APA).

**Dysphorie** : concept médical signifiant « inquiétude, mal-être ; agitation malade » (Quevauvilliers 2009). Selon Starcevic (2007) : « L'état actuel de la sémantique sur la dysphorie est plus qu'insatisfaisante. Ses définitions sont généralement trop larges ou trop simplistes et, par conséquent, cliniquement inutiles. Personne n'est d'accord sur la signification de ce terme »<sup>133</sup>.

**Dysphorie de genre** : terme médical dont le sens a évolué depuis son apparition. Depuis 2013, la dysphorie de genre » constitue une catégorie diagnostique) dans le DSM-5, où elle est décrite ainsi pour les adolescents et les adultes (302.85)<sup>134</sup> : « Dysphorie de genre chez les adultes et les adolescents : « A. Une non-concordance marquée entre le genre tel qu'il est expérimenté/exprimé et le sexe assigné, pendant au moins 6 mois, et qui se manifeste par au moins deux des indicateurs suivants :

1. Une non-concordance marquée entre le genre tel qu'il est expérimenté/ exprimé et les caractéristiques sexuées primaires et/ou secondaires (ou, chez les jeunes adolescents, les caractéristiques sexuées secondaires anticipées).
2. Un fort désir d'être débarrassé de ses caractéristiques sexuées primaires et/ou secondaires en raison d'une non-concordance marquée avec le genre tel qu'il est expérimenté/ exprimé (ou, chez les jeunes adolescents, un désir de prévenir le développement des caractéristiques sexuées secondaires anticipées).
3. Un fort désir concernant les caractéristiques sexuées primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.
4. Un fort désir d'appartenir à l'autre sexe (ou à un sexe alternatif différent du sexe assigné).
5. Un fort désir d'être traité comme quelqu'un de l'autre sexe (ou d'un sexe alternatif différent du sexe assigné).
6. Une forte conviction d'avoir des sentiments et des réactions typiques de l'autre sexe (ou d'un sexe alternatif différent du sexe assigné).

B. La condition est associée à une détresse cliniquement significative ou à une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres aspects importants du fonctionnement. »

**Electrolyse** : procédé permettant de faire disparaître les racines des poils, notamment de la barbe, de façon définitive.

**Expérience en vie réelle** : concept médical désignant une période pendant laquelle une personne trans' vit de façon permanente dans le rôle de genre désiré, cette période étant conçue, par les protocoles médicaux qui la prévoient, comme une condition préalable à des traitements hormonaux et/ou chirurgicaux.

**Expression de genre** : ensemble de signes, visibles pour l'entourage, associés à l'appartenance à un genre (féminin, masculin, ou autre redéfini individuellement). Il peut s'agir, entre autres, de la façon de parler, de se comporter, de se vêtir. Ce concept permet de distinguer le ressenti d'une personne concernant son identité de genre par rapport à ce qu'elle manifeste dans son aspect extérieur.

**Femme trans'** : femme dont le sexe d'assignation, masculin, diverge de l'auto-perception ou de l'identité de genre, qui est, quant à elle, féminine. Le féminin est de rigueur pour s'adresser à une femme trans'.

**Gonadectomie** : ablation des gonades, qui sont les glandes produisant les gamètes et les hormones mâles ou femelles ; testicules ou ovaires (Quevauvilliers 2009)

**Homme trans'** : homme dont le sexe d'assignation, féminin, diverge de l'auto-perception ou de l'identité de genre qui est, quant à elle, masculine. Le masculin est de rigueur pour s'adresser à un homme trans'.

<sup>133</sup> Traduction réalisée par Nadine (2014).

<sup>134</sup> Traduction non officielle à partir de l'anglais.

**Hystérectomie** : ablation de l'utérus par voie abdominale (hystérectomie abdominale ou par voie haute) ou par voie vaginale (hystérectomie réalisée par les voies naturelles ou par voie basse), pouvant comporter également l'ablation de ses annexes (Quevauvilliers 2009). Les « annexes » sont les appendices ou les formations adjointes à un organe. (Quevauvilliers 2009).

**Identité de genre** : sentiment d'appartenance personnelle au genre féminin, masculin ou à un autre genre redéfini individuellement, que cela corresponde ou non au sexe assigné à la naissance. Les *Principes de Jogjakarta* définissent l'identité de genre comme faisant référence à « l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres) et d'autres expressions du genre, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire »<sup>135</sup>.

**Maladie** : la médecine elle-même ne peut pas proposer de définition définitive de la maladie. En effet, la « maladie » est une réalité une abstraction, un modèle intellectuel, dans lequel tous les corps sont mis sur le même plan, où toutes les différences d'évolutions des maladies sont nivelées et où toutes les causes sont réduites à une symptomatique restrictive (Brockhaus 2001, p. 22).

**Maltraitance théorique** : maltraitance induite par les théories, les pratiques ou les dispositifs thérapeutiques inadéquats. Ce phénomène apparaît lorsque les théories sous-jacentes à des pratiques sont plaquées sur une réalité clinique qu'elles recouvrent, qu'elles redécoupent ou qu'elles ignorent. Elles agissent alors comme de véritables discredits envers la spécificité des problématiques et des populations concernées. Ce type de maltraitance a un impact direct et visible sur les patients, les cliniciens, et sur la production de savoir dans la discipline concernée. On comprend alors que la portée de la maltraitance théorique n'est pas uniquement clinique, elle est politique.

La maltraitance par les théories et les pratiques génère des symptômes spécifiques qui sont souvent confondus avec la pathologie initiale du patient. Ces symptômes sont mis sur le compte d'une atypicité du tableau clinique, ou d'une « réactivité » trop forte du patient à l'impact de la pathologie initiale. Il s'agit de l'exacerbation du sentiment d'injustice et d'incompréhension, d'apparition de phobies, de généralisation de la méfiance, d'une hyper-réactivité, d'une anxiété permanente et diffuse, d'un repli taciturne et de vécus dépressifs majeurs (Sironi 2013, p. 4-5).

**Mammoplastie** : chirurgie plastique du sein (Quevauvilliers 2009).

**Mastectomie** : excision partielle ou totale de tissus du sein.

**Modèle binaire du genre** (ou « système de genre binaire ») : système de représentations normatif fondé sur l'idée simpliste d'une dichotomie de deux sexes définis biologiquement, qui s'excluent mutuellement, auxquels différents rôles et comportements sont attribués traditionnellement<sup>136</sup>. Cette dichotomie est une apparence et ne reflète pas la diversité des situations individuelles, c'est-à-dire les variations au niveau biologique, psychique et social. Ces trois niveaux font l'objet de constructions et de réinterprétations permanentes.

**Morbide** : qui souffre d'une maladie ou qui l'occasionne (Quevauvilliers 2009).

**Normes de genre** : ensemble de règles perçues comme obligatoires relatives à la façon de ressentir, se comporter, s'habiller etc. selon le sexe d'assignation.

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**ONG** : Organisation non gouvernementale.

**Orchiectomie (ou orchidectomie)**: ablation d'un ou des deux testicules.

**Ovariectomie** : ablation d'un ou des deux ovaires.

**Passing** : fait de « passer » ou d'être perçu(e), aux yeux des autres, en tant que membre d'un genre dans lequel on n'a pas été élevé depuis sa naissance (Augst-Merelle/Nicot 2006, p. 182). Un « bon » passing trans est une « apparence convaincante quant à l'appartenance à la catégorie de sexe à laquelle la personne s'identifie » (Savio 2013).

**Pnéctomie** : ablation chirurgicale du pénis.

**Phalloplastie** : création d'un pénis.

**Psychiatisation** : action de psychiatiser ; fait d'être psychiatisé.

**Psychiatiser** : 1. soumettre quelqu'un à un traitement psychiatrique. 2. interpréter un événement quelconque ou envisager une situation en termes de pathologie mentale. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychiatiser/64817> [consulté le 01.06.2014].

<sup>135</sup> *Principes de Jogjakarta*, p. 6. <http://www.yogyakartaprinciples.org> [consulté le 15.11.2013].

<sup>136</sup> Agius/Tobler (2012, p. 9-15).

**R.E.S.P.E.C.Trans** : Réseau de Prise En Charge des personnes Trans (région parisienne, France).  
<https://respectrans.sharepoint.com/Pages/default.aspx> [consulté le 09.05.2014].

**Rôle social de genre** : ensemble des attentes relatives au comportement d'un individu en fonction de son sexe. Le rôle social de genre renvoie aux stéréotypes de genre.

**Stéréotype** :

1. image figée présente dans nos têtes, sorte de moule ou de cliché qui nous conduit à percevoir la réalité au travers d'un filtre (Lippman 1992) ;
2. croyance partagée concernant les caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais souvent aussi des comportements d'un groupe de personnes (Leyens/Yzerbyt/Schadron 1996).

**Stéréotype de genre** : toute représentation (langage, attitude ou représentation) péjorative ou partielle de « l'un » ou « l'autre » sexe, tendant à associer des rôles, comportements, caractéristiques, attributs ou produits réducteurs et particuliers à des personnes en fonction de leur sexe, sans égard à leur individualité (les guillemets sont de notre fait). (Définition adoptée par la Direction de l'Égalité des Chances de la Communauté française de Belgique et citée par CEFA 2009).

**Stigmate** : attribut qui jette un discrédit profond sur celui qui le porte (Goffman 1963, 1975, 13) ; le stigmate n'est pas un attribut en soi : il se définit dans le regard d'autrui. Il renvoie à l'écart à la norme : toute personne qui ne correspond pas à ce qu'on attend d'une personne considérée comme « normale » est susceptible d'être stigmatisée. Le stigmate s'analyse donc en termes relationnels. Il renvoie autant qu'à la catégorie à proprement parler qu'aux réactions sociales qu'elle suscite et aux efforts du stigmatisé pour y échapper (Paugam 2010).

**Suicidalité** : « Le terme de suicidalité manque de spécificité, il connaît beaucoup de définitions et recouvre des caractéristiques cognitives (idéation suicidaire) et comportementale (conduites suicidaires). Selon la Stratégie nationale de prévention du suicide (France, 2001), la suicidalité est « un terme qui inclut pensées suicidaires, idéation, plans, tentatives de suicide et suicide accompli » (Courtet/Ionita 2010, p. 22).

**Syndrome de dysphorie de genre** : concept flou non défini dans les statuts de la CNS et qui n'apparaît pas dans la littérature scientifique actuelle ; la présence du terme « syndrome » donne une connotation pathologisante à ce concept.

**Syndrome** : cadre clinique ou ensemble de symptômes et de signes qui constituent une entité et qui définissent cliniquement un état morbide déterminé. Il est souvent difficile de faire une distinction sémantique entre syndrome et maladie (Quevauvilliers 2009).

**Trans' (personne)** : terme générique comprenant diverses sous-catégories ; il désigne une personne dont le sexe assigné à la naissance diffère de l'auto-perception, de l'identité de genre et/ou de l'expression de genre (alors que ses organes sexuels sont jugés clairement identifiables comme étant féminins ou masculins d'après les normes de sexe généralement admises). En cas de doute sur l'identité de genre ou sur la façon dont se perçoit une personne, la meilleure façon de le savoir et de ne pas commettre d'erreur est de lui poser la question.

**Transgenre** : Personne trans' qui se situe en dehors de la binarité des catégories de genre et remet en cause l'impératif d'une équivalence entre le sexe, la sexualité, la sexuaction des corps et le rôle social ; dans cette acception, les personnes 'transgenres' se démarquent des personnes transsexuelles (Bereni e.a., p. 31-33). Les personnes transgenres peuvent souhaiter avoir certaines modifications corporelles, mais pas nécessairement.

NB : Etant donné que le terme transgenre met l'accent sur le rôle social lié au genre (et non pas sur l'identité de genre), il peut inclure des personnes travesties.

En langue anglaise, le terme « transgender » est souvent utilisé comme terme générique englobant l'ensemble des personnes trans', bien qu'il tende à être remplacé par le terme « trans » à l'heure actuelle.

**Transidentité** : identité d'une personne dont le sexe assigné à la naissance diffère de l'auto-perception ou de l'identité de genre. Note : le terme « transidentité » a été élaboré par opposition à celui de « transsexualité » pour souligner qu'il s'agit d'identité et non pas de sexualité.

**Transition** : ce terme n'a pas de définition unique et peut désigner :

- soit un processus de changement *corporel* visant à modifier certaines caractéristiques anatomiques pour les faire correspondre au genre ressenti ;
- soit un processus de changement *social* par lequel une personne délaisse le rôle de genre correspondant au sexe d'assignation pour adopter le rôle de genre d'un autre sexe ;
- soit une combinaison des deux processus précédents.

**Transphobie** : peur irrationnelle à l'égard d'une personne parce que cette personne exprime une identité de genre ou un rôle social de genre différent de celui qui lui a été « assigné » à la naissance, par exemple à travers un comportement non conforme au rôle social de genre binaire assigné, un traitement hormonal, la chirurgie, les vêtements ou les cosmétiques. La

transphobie peut se manifester sous forme de violences physiques (insultes, agressions, viols, ou meurtres), ou par un comportement discriminatoire ou intolérant (discrimination à l'embauche, au logement, ou encore à l'accès aux traitements médicaux) [Egalité des Chances & Diversité 2014)].

**Transsexualisme** : concept médical et pathologisant décrit ainsi dans la *Classification internationale des maladies* (10<sup>e</sup> édition) : « Il s'agit du désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré ». Selon les « directives pour le diagnostic », « Pour faire ce diagnostic, l'identité de type transsexuelle doit avoir été présente d'une manière persistante pendant au moins 2 ans, ne pas être un symptôme d'un autre trouble mental tel qu'une schizophrénie, et ne pas être associée à une autre anomalie sexuelle génétique ou chromosomique » (F64.0).

**Transsexuel.le** : personne trans',

- qui s'identifie au sexe et au rôle social genre considérés comme « opposés » au sexe qui lui a été assigné à la naissance ;
- qui souhaite vivre durablement dans ce rôle social de genre ;
- qui se soumet ou souhaite se soumettre à des modifications corporelles la rapprochant le plus possible du sexe dit « opposé » ;
- et qui souhaite rester dans la binarité du genre.

**Travesti** : personne trans' qui porte les vêtements du sexe dit « opposé ». En langue anglaise, ce terme tend à être remplacé par « cross dresser », beaucoup moins stigmatisant car c'est un néologisme non chargé de connotations négatives.

N.B.: La frontière n'est pas étanche entre l'identification en tant que personne travestie et les autres catégories de personnes trans'. Certaines personnes travesties entament une transition.

**Vaginoplastie** : création d'un vagin artificiel.

## Références bibliographiques

- Agius, S., Tobler, C. (2012) : Les personnes trans et intersexuées. La discrimination fondée sur le sexe, l'identité de genre et l'expression de genre envers. Réseau européen des experts juridiques en matière de non-discrimination, Supervision : Migration Policy, Group, Commission européenne. <http://bookshop.europa.eu/fr/les-personnes-trans-et-intersexu-es-pbDS3212033/> [consulté le 11/06/2014].
- Alessandrin, A. (2014) : Santé psychiatrique : le principe de précaution est-il éthique ? In : *Ethique et santé* 11, 44-50.
- Alessandrin, A. (2013) : Transidentités : de la « souffrance » aux « épreuves ». In : *L'Information psychiatrique* 89, 3, 217-220.
- Alessandrin, A. (2012) : Du « transsexualisme » aux devenirs trans, thèse, Université de Bordeaux. Babord+ : <http://www.u-bordeaux1.fr/babord.html> [consulté le 04.05.2014].
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux - ANESM (2008) : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf) [consulté le 16.06.2014].
- American Educational Gender Information Service (AEGIS) [1998] : AEGIS Position Statement. Mandatory Real-Life Test Before Hormonal Therapy : Unethical. In : *Transgender Treatment Bulletin* 1(2), p. 4. [http://dallasdenny.com/Writing/wp-content/uploads/2013/12/Position-Statement-RLE-Before-Hormonessmallpdf.com\\_.pdf](http://dallasdenny.com/Writing/wp-content/uploads/2013/12/Position-Statement-RLE-Before-Hormonessmallpdf.com_.pdf) [consulté le 18.06.2014].
- American Psychiatric Association (2011) : Report of the APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. In : *Am J Psychiatry* 169:8, août 2012, *data supplement*, p. 1-35.
- American Psychiatric Publishing (2013) : Gender Dysphoria. <http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf> [consulté le 02.06/2014].
- Amnesty International (2014a) : World must follow Denmark's example after landmark transgender law, communiqué de presse du 12 juin. <http://amnesty.org/en/en/news/denmark-transgender-law-2014-06-12> [consulté le 17.06.2014].
- Amnesty International (2014b) : The state decides who I am: Lack of legal gender recognition for transgender people in Europe. <http://www.amnesty.org/en/library/info/EUR01/001/2014/en> [consulté le 03.03.2014].
- Amnesty International (2013) : France. Contribution écrite au gouvernement concernant les violences et les discriminations basées sur l'identité de genre. <http://www.amnesty.org/fr/library/asset/EUR21/001/2013/en/e155ce85-a833-4acf-b055-3ba0164d25ac/eur210012013fr.pdf> [consulté le 30.05.2014].
- Argentine (2012) : Loi n° 26.743, du 23 mai 2012, établissant le droit à l'identité de genre, publiée au Bulletin officiel de la République d'Argentine n° 32.404, du 24 mai 2012, p. 2.
- Association mondiale de psychiatrie (1977) : Déclaration de Hawaï. <http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/?q=node/723> [consulté le 11.06/2014].
- Ateliers pratiques de psychanalyse Sociale e. a. (2014) : Colloque « Genres/cultures/sociétés. Questions autour de la transidentité », 28 et 29 mars, Paris ; les coorganisateurs/trices du colloque étaient : CENESEX, Cuba-Coopération, RESPECTRANS et TRIP.
- Augst-Merelle, A., Nicot, S. (2006) : *Changer de sexe, Identités transsexuelles*, Le Cavalier Bleu.
- Bauer, G. R., e.a. (2014) : Reported Emergency Department Avoidance, Use, and Experiences of Transgender Persons in Ontario, Canada : Results From a Respondent-Driven Sampling Survey. In : *Annals of Emergency Medicine*, Volume 63, n° 6, June, p. 713-720.e1.
- Bereni, L., e.a. (2008) : *Introduction aux Gender Studies, Manuel d'études sur le genre*, éd. de boeck, Bruxelles.
- Bowman, C., Goldberg, J. M. (2006) : Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery. In : *International Journal of Transgenderism*, 9:3-4, p. 135-165, ou encore : [http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Committee\\_Docs/CareOfThePatientUndergoingSRS.sflb.ashx](http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Committee_Docs/CareOfThePatientUndergoingSRS.sflb.ashx) [consulté le 01.06.2014].
- Brill, S., Pepper, R. (2011) : Wenn Kinder anders fühlen, Identität im anderen Geschlecht. Ein Ratgeber für Eltern. Munich: Reinhard. Le livre est initialement paru en anglais sous le titre *The Transgender Child – A Handbook for Families and Professionals*. Cleis Press, 2008.
- Brockhaus (2001) : *Das Gesundheits-Brockhaus. Kursbuch Mensch. Aufbau, Funktion, Entwicklung, Krankheit und Heilung*. Mannheim : F. A. Brockhaus GmbH.
- Bryant, K. (2006) : Making Gender Identity Disorder of Childhood: Historical Lessons for Contemporary Debates, *Sexuality Research & Social Policy*. *Journal of NSRC*, September, Vol. 3, No. 3, 23-39. <https://faculty.newpaltz.edu/karlbryant/files/Bryant-srsp.2006.3.3.pdf> [consulté le 18.06.2014].

Bujon, T., Dourens, C. (2012) : Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans. In : Sciences Sociales et Santé, Volume 30, n° 3, p. 33-58.

Bundesverfassungsgericht (2011) : Beschluss, 1 BvR 3295/07, 11 janvier  
[http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110111\\_1bvr329507.html](http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110111_1bvr329507.html) [consulté le 17.02.2014].

CEFA (2009) : Analyse N° 9 : qu'est-ce qu'un stéréotype appliqué au genre?  
<http://www.asblcefa.be/cefa/images/pdf/analyse09.pdf> [consulté le 29.05.2014].

Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg (2014) : projet de loi n° 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. le Code du Travail ; 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale (dépôt le 14 février).

<http://www.chd.lu/wps/portal/public/RoleEtendu?action=doDocpaDetails&backto=/wps/portal/public&id=6656> [consulté le 29.05.2014].

Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg (2013) : Projet de loi n° 6554 portant 1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers; 2) modification du Code de la sécurité sociale; 3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire; 4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien; 5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ; 6) modification de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments ; 7) modification de la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux (déposé le 14 mars 2013).

<http://www.chd.lu/wps/portal/public/RoleEtendu?action=doDocpaDetails&backto=/wps/portal/public&id=6554> [consulté le 18.06.2014]

Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg (2012) : projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant :

- la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ;
- la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel ;
- le Code civil ; (déposé le 21 août).

<http://www.chd.lu/wps/portal/public/RoleEtendu?action=doDocpaDetails&backto=/wps/portal/public&id=6469#> [consulté le 18.06.2014].

Clements-Nolle, K. Marx, R. Katz, M. (2006) : Attempted Suicide Among Transgender Persons. The influence of gender-based discrimination and violence. In: Journal of Homosexuality, 51:3, 53-69.

Collège médical (2013) : Code de déontologie médicale, *Mémorial A* n° 47, 13 mars.  
<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2013/0047/a047.pdf> [consulté le 20.02.2014].

Conseil communal de la Ville de Luxembourg (2013) : Compte rendu analytique du conseil communal, 1/2013.  
[http://www.vdl.lu/vdl\\_multimedia/Publications/P%C3%A9riodiques/Compte+rendu+analytique+des+s%C3%A9ances+du+conseil+communal/Archive+ann%C3%A9e+2013/Compte+rendu+analytique+1\\_2013+%28DE\\_FR%29.pdf](http://www.vdl.lu/vdl_multimedia/Publications/P%C3%A9riodiques/Compte+rendu+analytique+des+s%C3%A9ances+du+conseil+communal/Archive+ann%C3%A9e+2013/Compte+rendu+analytique+1_2013+%28DE_FR%29.pdf) [consulté le 18.06.2014].

Conjuntos Difusos (2012) : Rapport « Cuestiones sobre el proceso de evaluación psicológica de las personas transexuales y descentralización de la atención sanitaria. Enfoque tradicional frente a las perspectivas despathologizadoras y de respeto a los derechos humanos », 24 octobre.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2011) : Examen des rapports présentés par les États parties conformément aux articles 16 et 17 du Pacte. Observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Allemagne. Conseil économique et social des Nations Unies. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/441/35/PDF/G1144135.pdf?OpenElement> [consulté le 10.06.2014].

Conseil de l'Europe (1970) : Résolution 428 (1970) portant déclaration sur les moyens de communication de masse et les droits de l'homme. Texte adopté par l'Assemblée parlementaire le 23 janvier.  
<http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta70/fres428.htm> [consulté le 03/03.2004].

COREVIH Bretagne (2014) : Colloque 'Transidentité : quelle prise en charge ?', communiqué de presse du 30 avril.

Cour de cassation du Grand-Duché de Luxembourg (2013) : arrêt du 24 octobre 2013 (n° 65/13).  
[http://www.justice.public.lu/fr/jurisprudence/cour-cassation/social/2013/10/3233/SOC131024\\_3233a-65.pdf](http://www.justice.public.lu/fr/jurisprudence/cour-cassation/social/2013/10/3233/SOC131024_3233a-65.pdf) [consulté le 16.06.2014].

- Cour de justice de l'Union européenne : arrêt du 7 janvier 2004, K. B., C-117/01, Rec. P. I-541.
- Cour de justice de l'Union européenne : arrêt du 27 avril 2006, Richards, C-423/04. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:62004CJ0423&qid=1397054020934&from=DE> [consulté le 09.04.2014].
- Cour de justice de l'Union européenne : arrêt du 28 avril 1998, Kohll, C-158/96, Rec. page I-1931. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:61996CJ0158&qid=1397051644430&from=FR> [consulté le 09.04.2014].
- Cour de justice de l'Union européenne : arrêt du 30 avril 1996, P./S., C-13/94, Rec. p. I-2143. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?qid=1397055518615&uri=CELEX:61994CJ0013> [consulté le 09.04.2014].
- Cour européenne des droits de l'homme : arrêt du 8 janvier 2009, Schlumpf c. Suisse, requête n° 29002/06. [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng-press/pages/search.aspx#{"itemid":\["001-90476"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng-press/pages/search.aspx#{) [consulté le 24.04.2014].
- Cour européenne des droits de l'homme : arrêt du 12 juin 2003, Van Kück c. Allemagne, requête n° 35968/97. [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-65699#{"languageisocode":\["ENG"\],"docname":\["van Kück"\],"documentcollectionid2":\["CHAMBER"\],"itemid":\["001-61142"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-65699#{) [consulté le 03.03.2014].
- Cour européenne des droits de l'homme : arrêt du 11 juillet 2002, Goodwin c. Royaume-Uni, requête n° 28957/95. [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{"appno":\["28957/95"\],"itemid":\["001-60596"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{) [consulté le 16.06.2014].
- De Cuypere e.a. (2006) : Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. In : *Sexologies* 15, p. 126-133.
- Descarpentries, F. (2007) : *Le consentement aux soins en psychiatrie*, Paris : L'Harmattan.
- Deutsch, M. B, e.a. (2013) : Electronic medical records and the transgender patient: recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. In : *J Am Med Inform Assoc.* Jul-Aug, 20(4), p. 700-703.
- Deutsch, M. B (2012) : Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A Survey of the Practices of Selected Clinics, *International Journal of Transgenderism*, 13:3, p. 140-146.
- Doblas Miranda, A. M. (2014) : Allocution de présentation de la proposition de loi andalouse : « Proposition de loi intégrale visant à la non-discrimination en raison de l'identité de genre et à la reconnaissance des droits des personnes transsexuelles en Andalousie », DSPA n° 74, IX Legislatura, 09.04.2014, p. 25-27. <http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=diario&id=91373> [consulté le 01.06.2014].
- Drescher, J. (2010) : Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. In : *Arch Sex Behav*, 39, p. 427-460.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. Winter, S. (2012) : Minding the body : Situation gender identity diagnoses in the ICD-11. In : *International Journal of Psychiatry*, décembre, 24(6), p. 568-577.
- Egalité des Chances & Diversité (2014) : Qu'est-ce que la transphobie? <http://www.egalitedeschancesbruxelles.irisnet.be/fr/lgbt/lutte-contre-lhomophobie/quest-ce-que-la-transphobie/> [consulté le 11.06.2014].
- Equinet - European network of equality bodies (2013) : Organismes de promotion de l'égalité et de lutte contre les discriminations et personnes LGBTI. Un avis d'Equinet. [http://www.equineteurope.org/IMG/pdf/lgbti\\_perspective\\_french\\_.pdf](http://www.equineteurope.org/IMG/pdf/lgbti_perspective_french_.pdf) [consulté le 18.06.2014].
- Frances, A. (2013) : *Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique*. Odile Jacob.
- Franzen, J. Sauer, A. (2010) : *Benachteiligung von Trans\*Personen, insbesondere im Arbeitsleben*. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. [http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertise\\_Benachteiligung\\_von\\_Trans\\*Personen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertise_Benachteiligung_von_Trans*Personen.pdf?__blob=publicationFile) [consulté le 05.05.2014].
- Fuchs, W. e.a. (2013) : *Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen, Lesben- und Schwulenverband Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.* [http://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie\\_NRW.pdf](http://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf) [11.06.2014].
- Genres Pluriels (2014) : *Mémoire élections fédérales et régionales 2014. Politiques concernant les personnes transgenres et intersexes*. <http://www.genrespluriels.be/Memorandum-de-Genres-Pluriels,621> [consulté le 04.06/2014].

- Giordano, S. (2008) : Ethics of Management of Gender Atypical Organisation in Children and Adolescents. In: International Public Health Policy and Ethics. Boylan, M. (dir.). Berlin: Springer.
- Girard, L. (2013) : La demande de soins des personnes transsexuelles en France : Prise en charge médicale et respect de la dignité. Thèse. Université Paris Descartes – Paris V. [http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/92/10/71/PDF/va\\_girard\\_lucile.pdf](http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/92/10/71/PDF/va_girard_lucile.pdf) [consulté le 09.05.2014].
- Goffman, E. (1963) : Stigma. Prentice Hall. (Ed. française : Stigmates : les usages sociaux des handicaps. Paris, Minuit, 1975).
- Gorin-Lazard e.a. (2008) : Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ? In : Sexologies 17, 225-237.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. (2007) : Transgender Youth and Life-Threatening Behaviours. In: Suicide and Life-Threatening Behaviour, 37(5), oct., p. 527-537.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. (2006) : Transgender Youth: Invisible and Vulnerable. Publié simultanément dans : Journal of Homosexuality, Vol. 51, No. 1, 2006, 111-128., et dans : Current Issues in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health 2006, p. 111-128.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006) : Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. In : Journal of GLBT Family Studies, 2, p. 71-92.
- Güldenring, A.K. (2013) : Zur « Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität » im Rahmen des Transsexuellengesetzes. In : Zeitschrift für Sexualforschung, 26, p. 160-174.
- Hale, C. J. (2007) : Ethical problems with the mental Health Evaluation. Standards of Care for adult gender variant prospective patients. In : Perspectives in Biology and Medicine, vol. 50, n°4 (automne 2007), p. 491-505.
- Hamm, J. A., Sauer, A. T. (2014) : Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans\*-Gesundheitsversorgung. In : Zeitschrift für Sexualforschung, 27, p. 4-30.
- Hammarberg, T. (2009) : Droits de l'homme et identité de genre. Conseil de l'Europe. <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1829911&SecMode=1&DocId=1458356&Usage=2> [consulté le 17.02.2014].
- Hammarberg, T. (2011) : La discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe, Editions du Conseil de l'Europe. [http://www.coe.int/t/commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011\\_fr.pdf](http://www.coe.int/t/commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_fr.pdf) [26.10.2013].
- Hérault, L. (2004) : « Constituer des hommes et des femmes : la procédure de transsexualisation », In : Terrain [En ligne], 42, mars, mis en ligne le 23 mai 2005. <http://terrain.revues.org/1756> ; DOI : 10.4000/terrain.1756 [consulté le 21 mai 2014].
- HES/MAG (2009) : Enquête sur le vécu des jeunes populations trans en France. Première analyse sur un échantillon retenu de 90 répondants au début avril 2009. Homosexualités & Socialisme (HES) et le Mouvement d’Affirmation des jeunes Gais, Lesbiennes, Bi et Trans (le MAG- Jeunes LGBT). [http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Rapport\\_Prelim\\_Enquete\\_JeunesTrans\\_Avril2009\\_Vfinal.pdf](http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Rapport_Prelim_Enquete_JeunesTrans_Avril2009_Vfinal.pdf) [18.06.2014].
- Human Rights Watch (2011) : Controlling Bodies, Denying Identities. Human Rights Violations against Trans People in the Netherlands. <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/netherlands0911webwcover.pdf> [consulté le 12.06.2014].
- International Conference on Transgender Law and Employment Policy, Inc. (ICTLEP) : Health Law Standards of Care for Transsexualism. [http://www.transgendercare.com/guidance/resources/ictlep\\_soc.htm](http://www.transgendercare.com/guidance/resources/ictlep_soc.htm) [consulté le 04.05.2014].
- Israel, G. I., Tarver, D. E. (1997) : Transgender Care. Recommended Guidelines, Practical Information & Personal Accounts. Philadelphie : Temple University Press.
- Kuiper, A. J., Cohen-Kettenis, P. T. (1998) : Gender role reversal among postoperative transsexuals. International Journal of Transgenderism, Vol. 2, n°3, juillet-septembre. <http://www.iav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtc0502.htm> [consulté le 18.03.2014].
- Landessozialgericht Baden-Württemberg (2013) : Beschluss, L 5 KR 5363/12, S 8 KR 2808/09, 15 mai. <https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/Rechtsprechung4/LSGBW130515.pdf> [consulté le 18.06.2014].
- Langer, S. J., Martin, J.J. (2004) : How Dresses Can Make You Mentally Ill: Examining Gender Identity Disorder in Children. In: Child and Adolescent Social Work Journal, Vol. 21, No. 1, p. 5 et suiv.
- Lawrence, A. A. (2003) : Factors Associated With Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. In : Archives of Sexual Behavior, Vol. 32, No. 4, August, p. 299-315.

- Lawrence, A. A. (2001) : SRS Without a One Year RLE: Still No Regrets. Paper presented at the XVII Harry Benjamin International Symposium on Gender Dysphoria, Galveston, TX, November 4, 2001. <http://www.annelawrence.com/2001hbigda2.html> [consulté le 18.06.2014].
- Lehners, J.-P. (2014, sous presse) : Geschlechteridentitäten und Menschenrechte. In : Schneider, E., Balthes-Löhr, C. (dir.), Normierte Kinder, Bielefeld: transcript.
- Lev, A. I. (2005) : Disorder of gender identity : gender identity disorder in the DSM-IV-TR. In : Sexual and gender diagnoses of the diagnostic and statistical manual (DSM). Karasic, D., Drescher, J, editors. Haworth Press; co-published in J Psychol Human Sexual, 17, p. 35-69.
- Levine, S. B. (2009) : Real-Life Test Experience: Recommendations for Revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health, International Journal of Transgenderism, 11:3, p. 186-193.
- Luxembourg (2009) : Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, *Mémorial A* — N° 46, du 16 mars 2009, p. 615. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/2009A0615A.html> [consulté le 01.03.2014].
- Luxembourg (2012) : Loi du 12 décembre 2012 portant modification des articles 351, 353 et 353-1 du Code pénal [interruption volontaire de grossesse], *Mémorial A* — N° 268, du 21 décembre 2012, p. 3590. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2012/0268/a268.pdf> [consulté le 01.03.2014].
- Macé, E. (2011) : Les conséquences de la dépathologisation des identifications de genre trans'. In : L'information psychiatrique, 87, p. 291-3.
- Médiatrice du Grand-Duché de Luxembourg - Ombudsman (2011-2012) : Recommandation N° 49 relative à l'introduction d'un code de bonne conduite: principes et mode d'emploi. In : Rapport d'activité, p. 103-107. [http://www.ombudsman.lu/doc/doc\\_accueil\\_143.pdf](http://www.ombudsman.lu/doc/doc_accueil_143.pdf) [consulté le 16.06.2014].
- Motmans, J. (2009): Être transgenre en Belgique. Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres. Bruxelles: Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Ce rapport existe aussi en anglais et en néerlandais. [http://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/leven\\_als\\_transgender\\_in\\_belgi\\_.jsp](http://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/leven_als_transgender_in_belgi_.jsp) [27.10.2013]. Le tableau 73 p. 125 de la version française comporte une erreur de traduction. L'intitulé de la troisième colonne doit se lire : « Personnel enseignant » et non pas « D'autres élèves/étudiants ».
- Nadine (2014) : « C'était de la dysphorie ? » 8 signes et symptômes de la dysphorie de genre indirecte. <http://www.txy.fr/blog/2014/01/27/cetai-de-la-dysphorie-8-signes-et-symptomes-de-la-dysphorie-de-genre-indirecte/> [consulté le 02.06.2014].
- Nieder/Briken/Richter-Appelt (2014) : Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. In : Psych up2date, 7, p. 373-389.
- Olsson, S.-E., Möller, A. (2006) : Regret after Sex Reassignment Surgery in a Male-to-Female Transsexual : A Long-Term Follow-Up. In : Archives of Sexual Behavior, Vol. 35, No. 4, August, p. 501-506.
- Ombuds Comité pour les droits des enfants – ORK (2013) : Rapport 2013 au gouvernement et à la Chambre des Députés, p. 67-68. [http://ork.lu/files/Rapport\\_ORK\\_2013\\_WEB.pdf](http://ork.lu/files/Rapport_ORK_2013_WEB.pdf) [consulté le 18.06.2014].
- Ontario Human Rights Commission (1999) : Toward a Commission Policy on Gender Identity. Discussion Paper. [http://www.ohrc.on.ca/sites/default/files/attachments/Discussion\\_paper%3A\\_Toward\\_a\\_commission\\_policy\\_on\\_gender\\_identity.pdf](http://www.ohrc.on.ca/sites/default/files/attachments/Discussion_paper%3A_Toward_a_commission_policy_on_gender_identity.pdf) [consulté le 16.02.2014].
- Parlamento de Andalucía (2014) : Proposición de Ley 9-14/PPL-000001, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía, BOPA n° 390, IX Legislatura, 11.02.2014, p. 3-18. <http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/actividadparlamentaria/tramitacioncurso/legislativas.do?numexp=9-14/PPL-000001&> [consulté le 01.06.2014].
- Parlement européen (2011) : Résolution du 28 septembre 2011 sur les droits de l'homme, l'orientation sexuelle et l'identité de genre aux Nations unies, P7\_TA(2011)0427. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//FR> [consulté le 23.02.2014].
- Paugam, S., dir. (2010) : Les 100 mots de la sociologie. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Principes de Jogjakarta (2007) : Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. [http://www.yogyakartaprinciples.org/principles\\_fr.pdf](http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_fr.pdf) [13.11.2013].
- Pruvost, G. (2010) : Contrôle social. In : Paugam, S., Les 100 mots de la sociologie, Que sais-je, Paris : PUF.
- Quevauvilliers, J., coord. (2009) : Dictionnaire médical avec atlas anatomique, 6<sup>e</sup> éd., Masson.

- RADELUX II (2012) : Complément commun au rapport supplémentaire au 3e et 4e rapport national (2001 – 2009) sur les droits de l'enfant au Luxembourg. Les droits des enfants trans' et des enfants intersexes. L'exemple de leur situation au Luxembourg, ci-après « RADELUX II ». [http://www.ances.lu/attachments/155\\_RADELUX\\_transgender%2006-02-2013%20DINA4%20layout.pdf](http://www.ances.lu/attachments/155_RADELUX_transgender%2006-02-2013%20DINA4%20layout.pdf) [consulté le 04.06.2014].
- Radix, A., Eisfeld, J. (2014) : Informierte Zustimmung in der Trans\*-Gesundheitsversorgung. In : Zeitschrift für Sexualforschung, 1, 27e année, mars, p. 31-43.
- Rauchfleisch, U. (2010) : Changement de regard en médecine et psychologie. In : communication au colloque « Identités au-delà des faits et idéologies », 9 juillet, Esch-sur-Alzette, Luxembourg.
- Rauchfleisch, U. (2009). Transsexualität - Transidentität, Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2e éd.
- Reed, B.W.D., e.a. (2008) : Medical care for gender variant young people : Dealing with the practical problems. In : Sexologies, Volume 17, Issue 4, octobre-décembre, p. 258-264. <http://www.gires.org.uk/sexologies.php> [15.11.2013].
- Rettew, D. C. (2012) : Apples to Committee Consensus : The Challenge of Gender Identity Classification. In : Journal of Homosexuality, 59:3, p. 450-459.
- Reucher, T. (2014) : De la transphobie involontaire vers un accueil bienveillant des personnes trans. Communication au colloque « Transidentité. Quelle prise en charge ? », organisé par le COREVIH Bretagne, Rennes, le 28 mai 2014.
- Reucher, T. (2009) : Autodiagnostic et pratiques médicales d'accompagnement des personnes transidentitaires. Communication au séminaire : « Ce que les normes de genre font aux corps trans / ce que les corps trans font aux normes de genre », 01.10.2009, Bordeaux. <http://www.lapsac.u-bordeaux2.fr/images/stories/groupetrans/tom-reucher-bordeaux-2009-autodiagnostic-2.pdf> [consulté le 24.05.2014].
- Reucher, T. (2005), Quand les trans deviennent experts. Le devenir trans de l'expertise. In Multitudes, n° 20, printemps 2005, p. 159-164.
- Riff, B. (2014) : Exemple de prise en charge par des professionnels de la santé. Communication au colloque « Transidentité. Quelle prise en charge ? », organisé par le COREVIH Bretagne, Rennes, le 28 mai 2014.
- Savio, A. (2013) : Risques et stratégies identitaires pour les minorités LGBTIQ : Quel(s) rapport(s) à la norme ? In : Carnets du GREPS, (5), 1-111. [http://recherche.univ-lyon2.fr/greps/IMG/pdf/Carnets\\_du\\_GRePS\\_2013\\_5\\_.pdf](http://recherche.univ-lyon2.fr/greps/IMG/pdf/Carnets_du_GRePS_2013_5_.pdf) [consulté le 02.06.2014].
- Schneider, E., Baltés-Löhr, C., dir. (2014, sous presse) : Normierte Kinder. Bielefeld: transkript.
- Schneider, E., Keins, P. (2014, sous presse) : Périodes méconnues de la transidentité : De la petite enfance au début de la puberté (orig. Unbekannte Zeitspannen der Transidentität: Von der frühen Kindheit bis zur Pubertät). Dans : Le Droit de l'Enfant et de l'Adolescent à son Orientation Sexuelle et à son Identité de Genre. Institut universitaire Kurt Bösch (éd.) sous la direction de P. D. Jaffé, B. Lévy, Z. Moody et J. Zermatten.
- Segev I. (2012) : Le désenchantement du genre : un regard critique sur la clinique du transsexualisme. In : Pinto J, éditeur. Mémoire de master 1. Paris 7.
- Sironi, F. (2011): Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres, Paris : Odile Jacob.
- Sironi, F. (2003) : Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique. In : Pratiques psychologiques, « Les nouveaux défis éthiques », 4, p. 3-13.
- Sironi, F. (2001) : Comment inventer des pratiques cliniques adaptées aux mondes contemporains ? <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/29mai.htm> [consulté le 09.04.2014].
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., Vance, S. R. (2012) : Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. In: Pediatrics, Mar, 129(3), p. 418-25.
- Spanish Network for Depathologization of Trans Identities - STP2012 (2010) : Best Practices Guide To Trans Health Care In The National Health System. [http://www.stp2012.info/STP\\_guide\\_health.pdf](http://www.stp2012.info/STP_guide_health.pdf) [consulté le 04.06.2014].
- Stanners, P. (2013) : Transsexuality redefined, Copenhagen Post, 7 août. <http://cphpost.dk/news/transsexuality-redefined.6274.html> [consulté le 01.06.2014].
- Starcevic, V. (2007) : Dysphoric about dysphoria : towards a greater conceptual clarity of the term. In : Australasian Psychiatry, février, 15(1), p. 9-13.

Tamiji, J. (2014) : Travail à partir de l'expérience de la Maison Dispersée de Lille : Réflexion sur la création du dossier médical d'une personne transsexuelle. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de médecine Henri Warembourg, Université Lille 2.

Theilen, J. T. (2014) : Depathologisation of Transgenderism and International Human Rights Law. In : Human Rights Law Review, 0, p. 1-16.

Thomas, M.-Y., Espineira, K., Alessandrin, A. (dir.) [2013] : Transidentités. Histoire d'une dépathologisation. Paris : L'Harmattan.

Union européenne (2011) : directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, *JOUE* L 88/45, du 4.4.2011. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:fr:PDF> [31.05.2014].

Union européenne (2004) : directive 2004/113/CE du Conseil, du 13 décembre 2004, mettant en œuvre le principe de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès aux biens et services et la fourniture de biens et services. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:373:0037:0043:fr:PDF> [consulté le 20.06.2014].

Verwaltungsgericht Berlin (2014) : jugement du 30 avril 2014, 36 K 394.12 <http://openjur.de/u/689163.html> [consulté le 11.06.2014].

Wilson, I., Griffin, C. and Wren, B. (2002) : The validity of the diagnosis of Gender Identity Disorder (Child and Adolescent Criteria). In : *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 (3), p. 335-351.

Whittle, S. e.a. (2008) : Transgender Eurostudy : Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care. <http://tgeu.org/Eurostudy> [consulté le 10.06.2014].

Wüsthof, A. (2014, sous presse) : Hormonbehandlung transsexueller Jugendlicher. In: Schneider, E., Balthes-Löhr, C. (dir.), *Normierte Kinder*, Bielefeld : transcript.

Zucker, K. J., e.a. (2013) : Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5. In : *Arch Sex Behav*, 42, p. 901-914.