

Université de Rennes  
Faculté de Droit et de Science Politique  
École des Hautes Etudes en Santé Publique

**Master 2 droit de la santé**

Parcours « Droit et éthique des professions et institutions de santé »

## **LE CHANGEMENT DE GENRE EN DROIT FRANÇAIS**

---

Jeanne APPEAU

Septembre 2024

Sous la direction de Monsieur Aurélien RISSEL, Maître de conférences à l'Université de Rennes

Membres du jury :

- Monsieur François LEBORGNE, Maître de conférences à l'Université de Rennes.
- Monsieur Aurélien RISSEL, Maître de conférences à l'Université de Rennes, directeur de mémoire.



La faculté de Droit et de Science Politique de Rennes et de l'École des Hautes Études en Santé publique n'entendent donner aucune approbation, ni improbation aux propos émis dans ce mémoire. Ces propos doivent être considérés comme propres à l'auteur.

Université de Rennes  
Faculté de Droit et de Science Politique  
École des Hautes Etudes en Santé Publique

**Master 2 droit de la santé**

Parcours « Droit et éthique des professions et institutions de santé »

## **LE CHANGEMENT DE GENRE EN DROIT FRANÇAIS**

---

Jeanne APPEAU

Septembre 2024

Sous la direction de Monsieur Aurélien RISSEL, Maître de conférences à l'Université de Rennes

Membres du jury :

- Monsieur François LEBORGNE, Maître de conférences à l'Université de Rennes.
- Monsieur Aurélien RISSEL, Maître de conférences à l'Université de Rennes, directeur de mémoire.

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Aurélien RISSEL d'avoir accepté de diriger le présent mémoire mais surtout pour la qualité de son accompagnement au cours de ce travail.

Je remercie également Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET ANGER, directrice du Master 2 droit de la santé pour la qualité de ses enseignements prodigués lors de ces deux dernières années, et pour le partage de sa passion.

Je remercie Madame Laurence SOLTNER, directrice du service aux patients, aux usagers et relations juridiques et Madame Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ de m'avoir permis de réaliser mon stage au sein de la Direction du service aux patients, aux usagers et relations juridiques d'octobre à mai 2024.

Enfin, je remercie Madame Charlotte DUPRE, attachée d'administration hospitalière du CHU d'Angers et tutrice de mon stage au sein du CHU d'Angers pour sa disponibilité, son accompagnement et son soutien. Également pour m'avoir mis en relation avec des agents avec qui j'ai pu échanger sur le sujet de ce mémoire.

## Sommaire

### **INTRODUCTION**

### **PARTIE 1 - LE PARCOURS MÉDICAL DES PERSONNES TRANSGENRES**

Chapitre 1 - La présentation du parcours médical des personnes transgenres

Chapitre 2 - Les nouveaux enjeux liés au parcours médical des personnes transgenres

### **PARTIE 2 - LE PARCOURS ADMINISTRATIF DE LA TRANSIDENTITÉ, ENTRE COMPLEXITÉ ET INSUFFISANCE**

Chapitre 1 - L'évolution du droit à l'autodétermination

Chapitre 2 - La prise en charge financière des soins liés à la transidentité désormais dépsychiatisée

### **CONCLUSION**

## Liste des abréviations

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AP-HP : assistance publique hôpitaux de paris

ARS : agence régionale de santé

CA : cour d'appel

CAA : cour administrative d'appel

CECOS : centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain

CCAM : classification commune des actes médicaux

C. Civ : code civil

CCNE : comité consultatif national d'éthique

CEDH : Cour européenne des droits de l'homme

CE : Conseil d'État

Conv. EDH : convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CIM : classification internationale des maladies

CIDE : convention internationale des droits de l'enfant

CPC : cadre de prescription compassionnelle

C. Pén : code pénal

CPP : code de procédure pénale

CSP : code de la santé publique

CSS : code de sécurité sociale

CTAI : centre thérapeutique ambulatoire intensif

DILCAH : délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT

DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

FtM : Female to Male

GPA : gestation pour autrui

HALDE : haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité

HAS : haute autorité de santé

IEFH : institut pour l'égalité des femmes et des hommes

IGAS : inspection générale des affaires sociales

INAMI : institut national d'assurance maladie invalidité

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

INS : identité nationale de santé

IPP : identifiants permanents du patient

LAP : liste des actes et prestations

LGBTI / LGBTQI+ : acronyme désignant les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles et intersexes

MtF : Male to Female

NABM : nomenclature des actes de biologie médicale

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

OMS : organisation mondiale de la santé

PNUD : programme des nations unies pour le développement

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

RNIV : référentiel national d'identitovigilance

SIH : système d'information hospitalier

SMIT : service de maladies infectieuses et tropicales

SMR : service médical rendu

SOC : standards of care

TA : tribunal administratif

UNICEF : fonds des nations unies pour l'enfance

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

WPATH : world professional association for transgender health

## Introduction

« Le respect de la diversité des identités de genre est une condition sine qua non pour une société véritablement inclusive et respectueuse des droits humains ». Ce sont les mots formulés par Jacques TOUBON lorsqu'il était défenseur des droits en France. Il est aisé de faire un parallèle entre cette citation et les propos tenus par Ban KI-MOON alors qu'il était secrétaire général des Nations Unis. Il avait justement énoncé que « la reconnaissance de l'identité de genre est une question de dignité humaine, de liberté personnelle et de respect de la diversité ». Ces deux hommes ont le point commun d'être tous deux de fervents défenseurs des droits de l'homme et particulièrement des questions LGBTI, précisément celles qui traitent de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle des individus, pour lesquelles ils se battaient pour faire cesser toute forme de discrimination.

L'identité de genre correspond au genre ressenti par la personne elle-même, intimement, indépendamment de son sexe biologique. « Par « genre », on entend les rôles qui, selon la représentation que s'en fait la société, déterminent les comportements, les activités, les attentes et les chances considérées »<sup>1</sup>, est à distinguer de la notion de sexe, qui renvoie à la différence biologique entre un homme et une femme. Les notions de genre et de sexe sont évidemment en lien tout en restant différentes.

Ainsi, une personne transgenre est une personne qui « ne s'identifie pas à son sexe de naissance »<sup>2</sup>, c'est-à-dire à son sexe biologique, précisément pour qui son identité de genre est différente de son sexe biologique. Alors qu'une personne cisgenre est une personne pour laquelle son genre et son sexe biologique sont en corrélation. Les personnes transgenres peuvent par maladresse être désignées comme « transsexuelles ». Toutefois, ce terme renvoie de manière inadaptée et invasive à l'anatomie d'une personne. Or, une personne peut parfaitement être transgenre et conserver son sexe biologique et/ou peut ne pas ressentir le besoin de lever le voile sur son passé. C'est pourquoi il est préférable, afin d'être le plus respectueux et pour éviter de heurter qui que ce soit, d'utiliser les termes « transgenre » ou « trans ». Dans le langage courant, sont également utilisées les expressions « MtF<sup>3</sup> » pour désigner une personne de sexe masculin à la naissance qui a une identité de genre féminine et inversement pour « FtM ».

---

<sup>1</sup> Genre et santé, OMS, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=Par%20«genre»%2C%20on%20entend,un%20contexte%20socio%20culturel%20donné>.

<sup>2</sup> Fiche pratique sur le respect des droits des personnes trans de la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT, 2019

<sup>3</sup> Male to Female / Female to Male

Le Conseil de l'Europe, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et la classification internationale des maladies (CIM) ont défini alternativement la notion de transidentité.

Ainsi, pour le Conseil de l'Europe, « l'identité de genre est l'un des aspects les plus fondamentaux de la vie. Le sexe de la personne est généralement déterminé à la naissance, puis il devient un fait juridique et un fait social. Or, certaines personnes - assez peu nombreuses - ne se reconnaissent pas dans le sexe dans lequel elles appartiennent. On parle, pour désigner ces cas de figure, de personnes transgenres ou transsexuelles »<sup>4</sup>.

Le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5e édition) datant de 2015 en version française, définit la dysphorie de genre par « la non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois », « le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ». Le DSM-5 vise à classer des maladies mentales à partir de diagnostics établis sur la description de symptômes et sur l'évolution de la pathologie. Toutefois, depuis le DSM-5 de 2015, le trouble de l'identité de genre n'est plus considéré, comme trouble psychiatrique.

La lecture de DSM-5 est à combiner avec celle de la CIM publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il s'agit d'une classification d'un ensemble de maladies permettant aux professionnels de santé d'utiliser un langage commun. La CIM 11, publiée en 2022, a défini l'incongruence de genre comme se caractérisant « par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe ». À l'instar de la DSM-5, la CIM 11 a fait sortir la transidentité des maladies mentales pour la classer dans le chapitre 17 dénommé « conditions relatives à la santé sexuelle ».

Enfin, les principes de Yogyakarta, rédigés en 2006 par des experts des droits humains de toute nationalité, sont une multitude de principes juridiques portant sur les droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Ces principes n'ont pas de force juridique, ils ne sont ni contraignants, ni opposables. Ainsi, l'identité de genre y est définie en son préambule comme « 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

---

<sup>4</sup> Commissaire aux droits de l'Homme, Conseil de l'Europe, 29 juillet 2009, Droits de l'Homme et identité de genre

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>5</sup>.

Ce mémoire n'aura pas vocation à traiter des thématiques de travestissement, d'intersexualité ou d'homosexualité.

En effet, l'orientation sexuelle d'une personne trans, comme pour une personne cisgenre, peut être hétérosexuelle (attirance pour une personne du sexe opposé), homosexuelle (attirance pour une personne du même sexe) ou bisexuelle (attirance pour une personne du même sexe et du sexe opposé).

De plus, les personnes travesties aiment s'habiller, occasionnellement, avec des vêtements qu'on connote comme du sexe opposé tout en se sentant pleinement épanoui dans leur sexe biologique. Leur genre ressenti et leur sexe biologique sont en corrélation. Les professionnels de santé savent faire la différence entre le travestissement et la transidentité.

Enfin, une personne intersexuelle est une personne qui est née à la fois avec des caractères sexuels féminins et masculins.

La dysphorie du genre est le terme médical employé pour désigner ce phénomène de discordance de genre, qui s'impose aux individus, et fait référence à la « détresse éprouvée par une personne face à un sentiment d'inéquation entre son genre assigné et son identité de genre ».<sup>6</sup> Auparavant, les spécialistes parlaient de « trouble de l'identité de genre », pathologie reconnue comme mentale jusqu'à 2010 en France et 2019 pour l'OMS.

Il existerait une prévalence de 0,6% à 3%<sup>7</sup> de la population mondiale présentant une dysphorie du genre. Ces chiffres sont à considérer avec précaution, car il n'y a pas de recensement de l'entièreté de la communauté transgenre.

La place de l'identité de genre se montre de plus en plus centrale dans notre société contemporaine et apparaît pour bon nombre comme une thématique émergente. Pourtant, elle est loin d'être nouvelle. En effet, l'histoire a montré, a posteriori, l'existence de personnalités qu'on décrirait

---

<sup>5</sup> préambules des principes de Yogyakarta

<sup>6</sup> DUBOIS-HARVARD L., DAURAT M., *réflexion éthique autour d'un cas clinique : élève et transgenre dans l'armée française, quel cadre mette en place ?*, 2023.

<sup>7</sup> Normes de soins pour les personnes transgenres et de genre variant, synthèse des recommandations internationales (2022) des "Normes de soins pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, version 8 (SOC-8)" édités par la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) : <https://blogs.mediapart.fr/jean-vincot/blog/020823/normes-de-soins-pour-les-personnes-transgenres-et-de-genre-variant>

aujourd'hui comme transgenres. Ainsi, Pline l'Ancien (23 av. J.-C) relate, au sein du livre VII *Naturalis Historia*, l'histoire d'une femme devenue homme qui sera contraint, du fait de ce changement d'identité, à l'exil.

Héliogabale, empereur romain né en 203, souhaite appartenir au sexe féminin et argue à récompenser généreusement le prestigieux médecin qui lui permettra d'être homme et femme à la fois.

Au Moyen-Âge, le cas le plus célèbre de transidentité serait celui de Jeanne d'Arc, jeune femme aux cheveux courts, se vêtant masculinement, maniant des armes, qui s'est faite, lors de son procès, accusée, pour partie, de travestissement.

Le trône de Suède aura connu un roi transgenre. Il s'agissait de Christine, qui s'habillait et se comportait dès petite comme un garçon. En amont de son départ pour la bataille de Lützen où il y perdra la vie, Gustave II Adolphe, son père, lui autorisa de régner sous le titre de « roi de Suède » s'il était amené à disparaître, et ce, avec l'accord de la noblesse. Une fois roi de Suède, Christine refusait de créer une alliance forte en se mariant ou encore d'enfanter pour créer sa propre succession. Ainsi, pour la couronne, elle décida d'abdiquer quatre années plus tard.

Aussi, au XVIIIe siècle existait Pierre-Aymond DUMORET, né en 1678, qui s'est très vite senti fille. Durant sa jeunesse, son père lui interdisait toute forme de transidentité. Puis, une fois son père décédé, il changea de ville pour assumer sa transidentité et pour se faire appeler Mademoiselle Rosette. Il se pensait réellement femme en s'inventant des menstruations jusqu'à se croire enceinte et à perdre la raison.

Henriette-Jenny SAVALETTE, née en 1786, fut l'un des personnages transgenres le plus énigmatique du XIXe siècle. Il s'agissait d'une jeune femme qui vivait dans un appartement personnel au sein du château de Versailles, donc faisant partie de la haute société française et qui avait réussi à gagner les faveurs de plusieurs hommes. Toutefois, à sa mort, un médecin révéla qu'Henriette était contre toute attente un homme. Elle avait réussi à duper le « Tout-Paris »<sup>8</sup>.

C'est en 1838 que Jean ESQUIROL fut le premier médecin à rédiger un ouvrage sur un cas de transidentité, ouvrage intitulé *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*. Il a toutefois fallu attendre le XXe siècle pour que la transidentité soit reconnue dans la classification des maladies mentales.

Le XXe siècle est également un siècle qui a connu plusieurs célébrités transidentitaires. Ainsi, Christine JORGENSEN, née Georges JORGENSEN en 1926 au Danemark, a été célèbre pour avoir

---

<sup>8</sup> *Le transgenre : une histoire de tous les temps ?*, Pierre-Olivier CHAUMET, LEH Édition, 2015, p.107

eu recours à une chirurgie de réassignation sexuelle en 1952. Elle fut mondialement connue pour son histoire exceptionnelle à cette période, et a permis de sensibiliser le public à la cause transgenre. Jacqueline Charlotte DUFRESNOY, dénommée Coccinelle et Marie-Pierre PRUVOT, connue sous le nom de scène Bambi, sont deux femmes transgenres, célèbres dans les années 50 comme artistes de cabaret à Paris, ayant eu recours à une chirurgie de réassignation sexuelle en 1958 pour la première et en 1960 pour la seconde, au Maroc. Elles furent des symboles de la communauté transgenre.

Ces personnalités sont des exemples de courage, elles ont permis d'éveiller les esprits sur des sujets interdits à l'époque, ont servi d'icône pour certains, et ont permis d'étendre les droits d'une communauté en marge. Elles ont également favorisé des avancées médicales majeures.

L'Allemagne (de l'Ouest), en 1980, a été l'un des premiers pays à adopter une loi<sup>9</sup> sur la transidentité en offrant aux personnes transgenres la possibilité de changer de nom et de genre sur les documents officiels d'identité. Cette loi a notamment pu inspirer d'autres États à l'instar des Pays-Bas en 1985. Puis les exigences pour changer de sexe, en Allemagne, au fil des années, se sont assouplies, et la stérilisation ou la chirurgie de réassignation, n'était plus une des conditions pour faire droit à ce type de demande.

L'Argentine, en 2012<sup>10</sup>, a permis aux personnes transgenres de changer de sexe sans imposer d'exigences médicales ou judiciaires. Cette loi a été considérée comme progressiste en matière de droits humains de la communauté transgenre. Ainsi, il s'agit d'une procédure déjudiciarisée qui permet aux personnes transgenres de changer d'état civil sur simple déclaration à l'officier d'état civil, respectant ainsi l'autodétermination de chacun, et ce, sans imposer de chirurgie de réassignation ou de stérilisation. Cette loi permet également d'accéder à un parcours médical de transition de genre gratuitement, c'est-à-dire que ce sont la sécurité sociale et les mutuelles qui prennent en charge les frais afférents.

Le Danemark en 2014, l'Irlande et Malte en 2015, notamment, se sont inspirés de cette loi argentine qualifiée d'inclusive pour réformer leur propre législation et supprimer toutes exigences médicales. Outre l'Argentine, Malte, le Canada, la Belgique et l'Allemagne offrent des systèmes de prise en charge des soins complets et inclusifs.

Ces exemples témoignent de la considération de la communauté transgenre au sein des législations internationales et peuvent servir de modèle pour d'autres États.

---

<sup>9</sup> loi sur le transsexualisme (TSG) du 10 septembre 1980

<sup>10</sup> Loi n°26.743, « Ley de Identidad de Género », datant du 9 mai 2012

La transidentité est un sujet actuel qui manque à être connu de tous, tabous et incompris, qui peut donner lieu à de la discrimination et de la stigmatisation. Les personnes transgenres sont confrontées à des thématiques en terme d'accès aux soins que ce soit en médecine générale ou spécialisée, de formation des professionnels de santé à la transidentité, de soutien social de la part des institutions, de la société et des proches, de connaissances du parcours administratif pour changer d'état civil, de reconnaissance des droits humains puisqu'il s'agit d'un sujet à la croisée de la dignité humaine et de la liberté individuelle. Ainsi, la reconnaissance légale du changement de genre, la possibilité de recourir à une transition médicale et l'accompagnement en découlant sont essentiels et ont des conséquences directes sur la vie des personnes transgenres, notamment sur leur bien-être, leur reconnaissance, leur inclusion sociale. Ces personnes sont libres de déterminer et de vivre selon leur identité de genre, c'est ce qu'on appelle l'autodétermination.

Bien que la transidentité soit un sujet touchant aux domaines de la santé, juridique, éthique, psychologique, sociologique, ce mémoire vise à analyser le changement de genre d'un point de vue juridique en mettant l'accent sur les enjeux, les pratiques remarquables, les succès, les difficultés et les perspectives d'amélioration. Ainsi, la finalité de ce mémoire est de confronter la pratique de la prise en charge des personnes transgenres et les règles de droit en vigueur, à la réalité vécue par ces derniers et leurs attentes, en formulant quelques recommandations.

Le droit actuel, permet-il de satisfaire aux besoins et attentes des personnes transgenres ? En cas de réponse négative, quelles seraient les pistes à envisager ?

L'étude du changement de genre en droit français nous permet de nous focaliser sur les différentes possibilités qui s'offrent à une personne transgenre désireuse de faire corrélérer son genre ressenti à son sexe. Ainsi, ce mémoire portera sur le parcours médical (I) puis sur le parcours administratif (II).

## **PARTIE 1**

### **LE PARCOURS MÉDICAL DES PERSONNES TRANSGENRES**

L'étude approfondie du parcours médical initié lors d'un changement de genre nous amène à le présenter (Chapitre 1), puis à mettre en exergue les nouveaux enjeux y afférents (Chapitre 2).

## **CHAPITRE 1 - LA PRÉSENTATION DU PARCOURS MÉDICAL DES PERSONNES TRANSGENRES**

Il existe au sein d'une transition médicale autant d'étapes que d'enjeux cruciaux pour leurs acteurs. Ainsi, au cours de ce processus profondément personnel, les individus concernés auront à prendre une série de décisions touchant à leur identité, leur santé et plus encore leur bien-être. Le parcours médical des personnes transgenres peut comprendre une atteinte à un corps d'apparence sain (section 1) rendue parfois indispensable pour les personnes concernées, et nécessite pour ce faire, que ces personnes comprennent pleinement les informations fournies par les professionnels de santé afin de donner un consentement libre et éclairé à chaque étape du parcours (section 2).

### **Section 1 - L'atteinte à un corps d'apparence sain**

Le corps humain d'une personne transgenre est de prime abord sain puisqu'il ne présente aucune plaie visible, bien qu'il puisse en exister des imperceptibles. Pourtant, sous réserve de respecter quelques conditions, l'atteinte à ce corps humain sera rendue possible (paragraphe 1). Et ce, pour lui permettre, par le biais d'une transition médicale, de vivre en adéquation avec son genre ressenti (paragraphe 2).

#### **Paragraphe 1 - L'atteinte au corps humain**

Le respect du corps humain, principe fondamental, permet son atteinte uniquement dans de strictes conditions. Pour ce faire, l'atteinte doit être légitimée par une nécessité médicale (A). Toutefois, est ce qu'il ressort de la transidentité une nécessité médicale ? (B)

#### **A- La nécessité médicale comme préalable indispensable à toute atteinte au corps humain**

Au sein du Chapitre 2 relatif « au respect du corps humain », le Code civil, en son article 16 prévoit que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ».

De plus, l'article 16-1 du Code civil dispose que « chacun a droit au respect de son corps » étant entendu que « le corps humain est inviolable » et que « le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial ».

Ainsi, à la lecture de ces deux textes, deux principes fondamentaux se dégagent : l'inviolabilité et l'indisponibilité du corps humain.

L'inviolabilité renvoie à l'idée qu'aucun individu ne peut porter atteinte au corps d'autrui. Alors que l'indisponibilité du corps humain est l'idée que « le corps humain et ses éléments ne peuvent faire

l'objet de convention ni d'une évaluation en argent ». <sup>11</sup> En conséquence, c'est le fait de ne pas pouvoir disposer gratuitement ou à titre onéreux de son corps.

Le principe de respect du corps humain, posé à l'article 16 du Code civil, a valeur constitutionnelle depuis la décision du Conseil constitutionnel du 27 juillet 1994<sup>12</sup>. Ainsi, tous les principes découlant du droit au respect du corps humain ont une valeur juridique certaine.

Le droit de l'Union européenne s'intéresse également au droit destiné à chacun au respect de son corps. Ainsi, l'article 3 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, juridiquement contraignant, dispose que « toute personne a droit à son intégrité physique et mentale. Dans le cadre de la médecine et de la biologie doivent notamment être respectés le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi ».

Toutefois, des atteintes au corps humain sont autorisées. C'est ce que prévoit l'article 16-3 du Code civil en mentionnant deux exceptions à l'inviolabilité et l'indisponibilité du corps humain : la nécessité médicale de la personne concernée ou l'intérêt thérapeutique d'autrui. Grâce à ce texte, il est possible de réaliser des actes médicaux.

Autrefois et jusqu'à la loi du 27 juillet 1999<sup>13</sup>, l'article 16-3 du Code civil évoquait la « nécessité thérapeutique » plutôt que la nécessité médicale, qui était une notion plus étroite, restrictive, jugée comme telle par les professionnels de santé. L'acte médical peut se définir comme étant « toute intervention sur le corps d'une personne qui ne peut être réalisée que par un professionnel de santé et couvrant les activités individuelles de prévention, de diagnostic et de soin »<sup>14</sup>. Ce changement de vocable avait pour finalité de légaliser les interventions médicales à but préventif et de recherches. De plus, en 2004<sup>15</sup>, une seconde exception à l'atteinte au corps humain s'est ajoutée à la nécessité médicale : l'intérêt thérapeutique d'autrui.

L'article 16-3 du Code civil prévoit également que le consentement de l'intéressé soit recherché lorsqu'il est envisagé une intervention sur le corps d'une personne. Ainsi, pour que l'intervention médicale soit réalisable, trois conditions cumulatives sont requises : une nécessité médicale ou un intérêt thérapeutique pour autrui, une information complète et appropriée pour que le consentement

---

<sup>11</sup> Fiche d'orientation Dalloz, le corps humain, 2024

<sup>12</sup> Cons. Const., n°94-343-344, cons. 18

<sup>13</sup> loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

<sup>14</sup> Synthèse : la notion juridique de l'acte médical, Lexbase, 2024

<sup>15</sup> loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

de l'intéressé soit libre et éclairé et que l'acte envisagé et les bénéfices pouvant en être retirés soient proportionnés aux risques encourus<sup>16</sup>.

De cette façon, sans nécessité médicale, il ne peut y avoir d'atteinte au corps humain légale. Elle légitime l'intervention médicale.

On peut ainsi légitimement se questionner sur la transidentité. Est-ce que la transidentité est considérée comme une nécessité médicale, auquel cas l'intervention médicale est légitimée ?

### **B- La transidentité, une nécessité médicale ?**

Lorsque la personne transgenre décide de conformer son sexe à l'état civil à son sexe génétique, elle est amenée à faire une transition médicale par le biais d'une chirurgie de réassignation sexuelle. C'est notamment dans ce contexte que l'on peut se questionner sur la nécessité médicale d'une telle intervention.

La chirurgie de réassignation entre - t - elle dans le champ de l'article 222-9 du Code pénal qui punit le délit de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ? Tout en sachant qu'aucune intervention mutilante, puisque l'amputation d'un membre et/ou l'ablation d'un organe, sont irréversibles, ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux<sup>17</sup>, c'est-à-dire à défaut d'une autre méthode thérapeutique qui puisse garantir le même résultat tout en évitant une mutilation.

Ainsi, peut-on considérer que l'intervention médicale que suppose une chirurgie de réassignation par exemple, est une intervention, bien que mutilante, justifiée par un motif médical très sérieux ? Pourrait-on estimer que les moyens médicaux mis en œuvre afin de concrétiser le droit à disposer de soi-même sortent du champ médical puisque le patient en question n'est pas une personne malade ?

Il existe à ce jour une réponse affirmative de la part des juges à la deuxième question posée. Ainsi, les juges ont considéré que la prise en charge de la transidentité représentait une nécessité médicale<sup>18</sup>. Un patient transgenre souhaitait subir une opération de réassignation sexuelle pour rendre conforme son apparence physique à la façon dont il se percevait. Toutefois, comme les résultats de l'opération n'étaient pas conformes à ses attentes, il met fin à ses jours. La famille décida de déposer plainte contre le chirurgien sur le fondement de l'article 222-9 du Code pénal. Les juges ne font pas droit à leur demande dans la mesure où l'intervention réalisée par le

---

<sup>16</sup> article L. 1110-5 Code de la santé publique

<sup>17</sup> article R. 4127-41 Code de la santé publique

<sup>18</sup> Cour d'appel d'Aix en Provence, 23 avril 1990, n°1990-604889

chirurgien était justifiée par un intérêt thérapeutique<sup>19</sup>, était donc légale. La chirurgie de réassignation étant reconnue comme un traitement dans la dysphorie du genre, le chirurgien n'est pas considéré comme ayant porté atteinte à l'intégrité corporelle de son patient car son geste était justifié par un intérêt thérapeutique.

C'est également de cette façon que les premiers traitements hormonaux ont pu être administrés aux personnes transgenres. Ils répondaient à une nécessité médicale, sans leur administration, on pouvait légitimement craindre pour la vie du patient.

## **Paragraphe 2 - L'essence du parcours médical de la transidentité**

Le cheminement de la personne transgenre dans l'acceptation de son genre est un processus personnel et complexe qui peut nécessiter une aide médicale allant de l'accompagnement psychologique à l'intervention chirurgicale (A). Cependant, ce parcours semble plus restreint lorsque la personne transgenre est mineure (B).

### **A- Les types de prestations envisageables**

Premièrement, il est essentiel de rappeler que la transition médicale de genre n'est pas une condition indispensable pour qu'une personne s'identifie comme transgenre. Ce n'est d'ailleurs plus un prérequis pour obtenir un changement d'état civil. Chaque personne transgenre est différente et est libre de recourir ou non à une aide médicale pour conformer son apparence à son genre ressenti.

Sur le plan psychosocial, bien que l'incongruence de genre ait été dépsychatisée, il est essentiel de proposer un suivi psychiatrique et psychologique à ceux le désirant<sup>20</sup>. Ces suivis visent à permettre à la personne transgenre d'évoquer ses problèmes, ses souffrances, d'évaluer la dysphorie et de l'orienter vers des spécialistes si elle le désire.

Les traitements de l'incongruence de genre recouvrent à la fois l'hormonothérapie et différentes chirurgies. Il est indiqué lorsqu'il existe « une différence marquée et durable entre le sexe assigné à la naissance et le genre actuel »<sup>21</sup>. Ces traitements permettent une meilleure qualité de vie, une amélioration du bien-être psychologique, une diminution de la dépression, du stress et de l'anxiété.

---

<sup>19</sup> en 1990, la notion d'intérêt médicale n'est pas encore utilisée

<sup>20</sup> Santé des personnes transgenres : un parcours de soins à améliorer, INSERM : <https://www.inserm.fr/actualite/sante-des-personnes-transgenres-un-parcours-de-soins-a-ameliorer/>

<sup>21</sup> SOC-8 WPATH

Ainsi, les médecins peuvent prescrire aux personnes transgenres de l'hormonothérapie. Il s'agit d'un traitement hormonal qui vise à atténuer les caractères sexuels secondaires du genre répudié et à favoriser le développement de ceux du genre désiré. Ainsi, pour une personne transféminine, trois types de médicaments peuvent lui être prescrits : des œstrogènes, des anti-androgènes et de la progestérone. Pour une personne transmasculine, il est d'usage de prescrire de la testostérone<sup>22</sup>.

Ces médicaments, au long cours, peuvent induire des effets désirables, notamment s'agissant de la minéralisation osseuse, de la fertilité, du développement cérébral, etc<sup>23</sup>.

Concernant les chirurgies, elles visent à engendrer des transformations physiques impossibles à obtenir avec de l'hormonothérapie. Ainsi, les parcours dédiés aux femmes transgenres recouvrent « les interventions de chirurgie pelvienne (création d'un néo-vagin par vaginoplastie), des interventions sur la poitrine (plasties d'augmentation mammaire), des interventions de féminisation du visage, du cou ou de la silhouette ». La chirurgie d'affirmation de genre dans parcours masculinisant « recouvre des interventions sur les organes génitaux (phalloplastie, métaiodioplastie, hystérectomie) ainsi que des mastectomies pour viriliser le torse »<sup>24</sup>.

La chirurgie transféminine est globalement mieux réussie<sup>25</sup> que celle réalisée pour les personnes transmasculines, et ce, car la chirurgie transmasculine est plus complexe et délicate. Ainsi, en 2009, une personne sur deux transmasculine était touchée, à l'issue d'une intervention chirurgicale sur les organes génitaux, par des complications urinaires. Les complications peuvent également être digestives, génitales et hémorragiques.

Peuvent également être envisagés, à titre plus exceptionnel, dans le protocole de soins établi par le médecin généraliste de la personne transgenre, la réalisation d'une épilation définitive, la mise en place d'implants et de prothèses capillaires.

## **B- Un panel de prestations réduit en cas de minorité**

---

<sup>22</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, p30

<sup>23</sup> CONDAT A. et COHEN D., *la prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques*, *neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, décembre 2022

<sup>24</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, p31.

<sup>25</sup> *Rapport relatif à la situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, HAS, 2009 : recense un taux de 86 à 94% de satisfaction concernant l'aspect esthétique des organes génitaux chez une personne transféminine (p. 128) alors que la chirurgie transmasculine engendre dans 50% des cas des complications urinaires (p. 134).

Sur le plan psychosocial, comme pour la personne majeure, il est essentiel de recommander aux jeunes le nécessitant, une prise en charge psychiatrique et ou psychologique, également à ses proches pour informer et éduquer à la dysphorie du genre.

De plus, les prestations proposées au mineur, pour qu'il se sente mieux dans son corps, sont réduites de par sa minorité, précisément par sa capacité à consentir restreinte.

Ainsi, il est courant que soit proposé, dès le stade Tanner 2<sup>26</sup> de la puberté, c'est-à-dire entre 10 et 12 ans, des bloqueurs de puberté qui ont pour finalité de suspendre le développement des caractères sexuels secondaires (poitrine, voix, pilosité) relevant du genre inverse à celui auquel le mineur s'identifie. Les effets de ce traitement sont réversibles. Cela permet notamment au jeune transgenre de vivre une adolescence plus sereinement, sans craindre de voir son corps changer.

À partir de 16 ans, il est possible de prescrire de l'hormonothérapie au mineur. Ainsi, comme pour les majeurs, de la testostérone et des œstrogènes peuvent être préconisés par le médecin. Ils visent à développer les caractéristiques physiques en accord avec le genre ressenti par le mineur. Il s'agit de traitements plus engageants que les bloqueurs de puberté qui peuvent avoir des conséquences irréversibles et dont les effets néfastes sur la fertilité sont connus<sup>27</sup>.

Enfin, les transitions chirurgicales sont limitées chez les mineurs. Ainsi, la chirurgie pelvienne de réassignation sur un mineur, en raison de son caractère irréversible et de l'incapacité du mineur à consentir, est repoussée à la majorité du mineur<sup>28</sup>. Jacqueline EUSTACHE-BRINIO, sénatrice républicaine, a déposé une proposition de loi visant à « encadrer les pratiques médicales mises en œuvre dans la prise en charge des mineurs en questionnement de genre »<sup>29</sup> le 19 mars 2024, qui a été adoptée en première lecture par le sénat le 28 mai 2024. Cette proposition vise à interdire aux médecins la prescription de traitements hormonaux aux mineurs et de pratiquer des actes chirurgicaux de réassignation de genre sur ces jeunes. Elle est actuellement en cours de lecture à l'Assemblée Nationale. Ainsi, si cette loi venait à être adoptée, un nouvel article dédié à la prise en charge des mineurs transgenres serait créé dans le Code de la santé publique. Toutefois, à présent, d'après les recommandations internationales, sont autorisées aux mineurs transgenres l'accès aux torsoplasties. L'accès à ce traitement doit demeurer exceptionnel pour les raisons citées ci-dessus. Ainsi, le médecin peut faire droit à la demande du mineur, après qu'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ait été organisée, lorsque le développement de la poitrine chez le jeune

---

<sup>26</sup> permet d'évaluer le développement pubertaire de l'adolescent. Il existe différents stades allant de 1 à 5 (5 étant la puberté achevée).

<sup>27</sup> SARTON O., *un mineur peut-il consentir à un parcours de transition médicale*, 2022.

<sup>28</sup> SARTON O., *un mineur peut-il consentir à un parcours de transition médicale*, 2022.

<sup>29</sup> Texte n° 435 (2023-2024) de Mme Jacqueline EUSTACHE-BRINIO et plusieurs de ses collègues, déposé au Sénat le 19 mars 2024

suscite une dysphorie importante, pouvant notamment majorer le risque suicidaire et/ou compliquant ses interactions sociales.

Par conséquent, le mineur transgenre devra attendre sa majorité pour réaliser ces traitements dans leur intégralité.

Pourtant, les changements corporels provoqués par la puberté peuvent aggraver l'incongruence de genre et devenir insoutenable pour le mineur.

De nouveau, il s'agit de présenter les différentes possibilités s'offrant au mineur transgenre, en aucun cas un mineur a l'obligation de suivre ces traitements médicaux totalement ou pour partie.

Cette description des traitements possibles vise à identifier les possibilités qui s'offrent au mineur transgenre nécessitent de changer son apparence pour la conformer à son genre ressenti. D'autant que la prise en compte de la souffrance vécue par ces jeunes et la nécessité de les prendre en charge s'amplifie.

## **Section 2 : La compréhension de l'information et la capacité du patient à donner un consentement libre et éclairé à un parcours de transition médicale**

Comme il existe des doutes sur la capacité d'un mineur à décider et à assumer une transition médicale du fait de son âge (paragraphe 1), il existe des solutions comme celle développée par l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière afin que le mineur fasse le meilleur choix pour lui et afin d'empêcher les détransitions (paragraphe 2).

### **Paragraphe 1- Le mineur, acteur de sa décision de transition médicale ?**

Comme pour tout soin non urgent, le patient doit donner son consentement libre et éclairé à l'acte. Pour ce faire, l'information fournie doit être la plus transparente afin qu'il ait une complète connaissance des risques et des bénéfices. C'est également le cas lorsqu'un patient est mineur. Toutefois, de par son âge, le mineur est plus en difficulté dans la compréhension des risques et bénéfices (A). C'est pourquoi, il est accompagné dans la prise de décisions (B).

#### **A- La capacité du mineur à comprendre les informations données par le médecin**

L'article 414 du Code civil dispose que « la majorité est fixée à dix-huit ans accomplis ; à cet âge, chacun est capable d'exercer les droits dont il a la jouissance ». Ainsi, par lecture négative, le mineur est juridiquement incapable. Il doit être représenté, et ce, généralement par ses parents

agissant pour son compte<sup>30</sup>. Ces derniers détiennent l'autorité parentale sur la personne et les biens de leur enfant mineur et non émancipé. Il s'agit d'un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant : le protéger dans sa sécurité, sa santé, sa moralité, assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne<sup>31</sup>.

La loi sur les droits du patients<sup>32</sup> œuvre pour l'autonomie du patient au travers une obligation d'information par le médecin afin qu'il lui délivre une information complète, appropriée et claire sur les différentes investigations, traitements, actions de prévention, leur utilité, conséquences et risques fréquents ou graves prévisibles ainsi que sur les solutions alternatives existantes<sup>33</sup>. Concernant les mineurs, leurs droits sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale qui doivent, en ce sens, recevoir l'information prévue par l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique. Toutefois, cela ne dispense pas le médecin de délivrer l'information au mineur. Ainsi, il devra recevoir une information adaptée à son degré de compréhension afin de participer à la prise de décision.<sup>34</sup>

L'article R. 4127-35 du Code de la santé publique précise notamment que le « médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

De cette façon, les mineurs et leurs parents doivent être informés des bénéfices attendus et des effets indésirables possibles, comme l'abaissement de la voix, du risque accru d'événements cardiovasculaires, de la potentielle infertilité<sup>35</sup>, dans toutes les situations.

Aussi, l'information doit être la plus totale possible pour, notamment, sensibiliser aux enjeux de préservation de la fertilité par la conservation des gamètes par exemple<sup>36</sup>, même si le mineur n'est pas tout à fait apte à comprendre l'information dans sa globalité. C'est ce point qui pose difficulté car le patient mineur peut comprendre le concept de fertilité dans ses grandes lignes, mais appréhende-t-il réellement l'impact qu'un traitement à vie, à l'instar de l'hormonothérapie, pourra jouer pour sa future vie familiale ? De plus, un mineur dont le corps est sain et qui se verra prescrire

---

<sup>30</sup> article 382 Code civil

<sup>31</sup> article 371-1 Code civil

<sup>32</sup> LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>33</sup> L. 1111-2 CSP

<sup>34</sup> article L.1111-2 CSP

<sup>35</sup> SOC-8 WPATH

<sup>36</sup> c'est notamment la recommandation n°10 prévu dans le *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, PICARD H., JUTANT S., avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, p.73

un traitement potentiellement permanent est-il en capacité de comprendre ce que cela signifie d'être un patient à vie ?

L'information, lors de la prise en charge du patient, n'est donc pas un point à minimiser, et ce d'autant que les contentieux portent de façon importante sur le défaut d'information. Il s'agira alors pour le juge de rechercher la bonne compréhension du patient en admettant que celui-ci était « bien conscient et attentif »<sup>37</sup> ou encore car celui-ci « en raison de son niveau intellectuel, de sa formation et de son expérience professionnelle, était en capacité de comprendre l'information qui lui a été donnée et de poser les questions lui paraissant nécessaires comme le démontre le niveau d'échange qu'il a pu avoir avec l'expert judiciaire »<sup>38</sup>. A défaut, le juge pourra considérer que le médecin a manqué à son obligation d'information envers son patient.

Bien qu'il soit essentiel de délivrer une information complète sur un traitement, et c'est toute la complexité du sujet, étayer une information n'augmentera pas la capacité du mineur à la comprendre et à l'analyser. C'est notamment ce que témoigne Madame D. WOLTONDANS, sociologue : « il n'y a pas de lien direct entre l'augmentation du nombre d'informations et la compréhension du monde [...] L'information ne crée pas la communication »<sup>39</sup>.

De plus, il paraît compliqué pour le médecin de diffuser une information claire, loyale et appropriée sur les démarches médicales potentielles liées à la transidentité lorsque les références officielles<sup>40</sup> sont totalement obsolètes et nécessiteraient une mise à jour<sup>41</sup>.

Ainsi, la Haute autorité de santé (HAS) s'est saisie de la question relative au consentement dans le cadre de soins psychiatriques. Elle a dégagé des critères afin de s'assurer de la validité du consentement du patient : « la capacité du patient à recevoir une information adaptée, sa capacité à comprendre et à écouter, sa capacité à raisonner, à exprimer librement sa décision, sa capacité à maintenir sa décision dans le temps »<sup>42</sup>. Ces critères sont transposables dans d'autres domaines médicaux et semblent notamment être pertinents s'agissant de patients mineurs amenés à consentir

---

<sup>37</sup> CE, juge de référés, 28 janvier 2021, décision n°448923

<sup>38</sup> CA de Montpellier, 9 février 2021, RG n°17/00233

<sup>39</sup> C., FLEURY citant D., WOLTONDANS, *les pathologies de la démocratie*, Paris, Fayard, 2005

<sup>40</sup> lettre ministérielle en date du 4 juillet 1989 et *Rapport relatif à la situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, HAS, 2009

<sup>41</sup> la HAS a prévu une mise à jour du rapport de 2009 (cf ci dessus) qui devrait être rendue publique en septembre 2024

<sup>42</sup> Recommandations de bonne pratiques de la HAS, *aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures*, 2018

à un parcours de transition médicale. Par conséquent, pour consentir à un acte de soins, il faut impérativement comprendre l'information.

## **B- La place du consentement du mineur**

Le consentement de l'intéressé à l'acte doit être recueilli préalablement à l'atteinte portée au corps humain<sup>43</sup>. Ainsi, pour qu'un traitement soit prescrit par un médecin, il est nécessaire de recueillir un consentement libre et éclairé du patient à la mise en place dudit traitement.

En cas de minorité, ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui consentent tous deux, considérant que les traitements mis en place lors d'une transition médicale sont des actes non-usuels, à l'acte médical. En effet, comme précisé dans la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) ratifiée par la France en 1990, le mineur du fait de sa minorité a besoin d'une protection juridique appropriée. Toutefois, le consentement du mineur doit être « systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision <sup>44</sup>». Étant précisé que le médecin a l'obligation de respecter la décision de la personne concernée, hors les cas d'urgence, et que le consentement du patient peut être retiré à tout moment.

Le consentement à un acte médical de transition donné par un mineur peut-il être réellement libre et éclairé ?

Concernant le caractère libre du consentement, lorsque le mineur se fait appeler par son nouveau prénom, qu'il est désormais connu socialement par son genre ressenti, mais est en proie aux doutes, peut-on considérer que son consentement à l'acte est réellement libre ? Ne se sentira-t-il pas obligé de débiter une transition hormonale par exemple pour conformer son apparence à son genre ? Étant précisé que les analyses indiquent que la transition sociale conduit généralement à la transition médicale<sup>45</sup> puisque la dysphorie du genre peut s'accroître suite à la transition sociale. De même, lorsque la volonté des parents d'avoir un enfant du sexe opposé est si forte qu'elle vient progressivement changer le genre ressenti par l'enfant, peut-on valablement considérer que son consentement est libre ?

S'agissant du caractère éclairé du consentement, une proportion importante de mineurs se renseignent sur les réseaux sociaux. Peut-on envisager que les informations fournies par les pairs sont suffisamment éclairées, ne reflètent-elles pas qu'un pan de l'histoire (sous-entendu une vision très favorable de la transition) ? De plus, considérant que les conséquences des parcours de transition médicale d'un point de vue médical ne sont pas encore suffisamment connues, peut-on considérer que les informations fournies par le médecin au patient sont convenablement étayées

---

<sup>43</sup> article 16-3 Code civil

<sup>44</sup> L. 1111-4 CSP

<sup>45</sup> SARTON O., *un mineur peut-il consentir à un parcours de transition médicale*, 2022

pour que son consentement soit éclairé ? De même, un mineur délivre-t-il un consentement éclairé à une transition médicale lorsqu'il ne saisit pas l'entière des conséquences de sa décision, notamment sur la question de la potentielle infertilité liée aux traitements ?

D'autant qu'il est d'usage de dire que la relation est asymétrique entre un patient majeur et un médecin puisque le médecin est le sachant, le patient s'en remet à lui. Toutefois, dans le cas d'un patient mineur, elle est doublement asymétrique puisque le médecin reste le sachant, mais il a davantage d'influence sur son patient du fait de sa minorité.

À considérer que le mineur est apte à délivrer un consentement libre et éclairé avec ses parents, quel serait le poids de son consentement ?

Le comité consultatif national d'éthique (CCNE) a rendu un avis en date du 15 avril 2021 dans lequel il a considéré que « contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays, il n'existe pas aujourd'hui en France de consensus sur les méthodes qui permettraient d'évaluer rigoureusement les capacités de discernement, ou la capacité d'une personne à donner un consentement en matière de santé ». Pour appréhender les capacités d'un mineur à donner un consentement libre et éclairé à un acte médical, le médecin doit tenir compte « de sa maturité, du contexte familial, et du degré d'urgence. Juger de la maturité de l'enfant revient à évaluer la conscience de soi émergente, les croyances et les valeurs en développement ainsi que les aptitudes cognitives en cours de maturation, l'identité spirituelle et sociale du patient, ainsi que son aptitude émergente à l'autonomie. ».<sup>46</sup>

Lorsque les titulaires de l'autorité parentale et le mineur consentent à l'acte médical, le consentement est apprécié dans sa globalité comme un tout et ne pose pas de difficulté. En revanche, à supposer que les titulaires de l'autorité parentale ne consentent pas à une transition médicale de leur enfant, le mineur a-t-il la possibilité de consentir seul? D'un point de vue pratique, on peut valablement imaginer que lorsque les titulaires de l'autorité parentale emmènent leur enfant aux rendez-vous médicaux, ils y consentent ou seront amenés à y consentir après l'entrevue avec le médecin. En revanche, est-il possible pour le mineur de se rendre seul aux rendez-vous ? Le mineur transgenre entre-t-il dans le cadre de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique pour se passer du consentement de ses parents ?<sup>47</sup> Les exemples connus d'application de ce texte sont la mise en

---

<sup>46</sup> avis 136 du CCNE en date du 15 avril 2021, l'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin, p. 18

<sup>47</sup> article L. 1111-5 CSP dispose que « le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

place d'une contraception, une interruption volontaire de grossesse ou encore le cas d'un mineur en danger. Toutefois, les termes de cet article sont larges, un mineur pourrait revendiquer sa transidentité et ses idées suicidaires pour s'opposer au consentement de ses parents afin d'obtenir un traitement médical pour « sauvegarder sa santé ». Tout comme le médecin, confronté à la détresse psychiatrique du patient pourrait passer outre le refus de mise en œuvre d'un traitement hormonal des titulaires de l'autorité parentale du mineur lorsque ce refus « risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur »<sup>48</sup>. Il délivrera alors « les soins indispensables »<sup>49</sup>, dans ce cas, prescrira les traitements adaptés.

De plus, à supposer qu'un seul des deux titulaires de l'autorité parentale consente à l'acte médical, le mineur ne recevra pas les soins en question étant donné qu'il s'agit d'un acte non usuel nécessitant obligatoirement l'accord des deux parents.

### **Paragraphe 2 - L'exemple de la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire pour permettre l'accès au traitement du mineur nécessiteux afin d'empêcher la détransition**

Pour que le mineur transitionnant soit accompagné par plusieurs professionnels de spécialité différente, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a mis en place de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) (A). Ces réunions visent à s'assurer autant que possible de la compréhension et du consentement du mineur pour éviter les détransitions (B).

#### **A- La prise de décision d'entamer les traitements en réunion de concertation pluridisciplinaire**

Le rapport relatif à la santé et au parcours des personnes transgenres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) met en avant la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire à l'hôpital Pitié-Salpêtrière AP-HP concernant la prise en charge des mineurs souhaitant débiter une transition de genre.

En effet, la Pitié-Salpêtrière a reçu plus de 200 mineurs et jeunes adultes depuis 2013 et se place comme hôpital de référence en termes de prise en charge de jeunes transidentitaires d'un point de vue quantitatif et qualitatif. En effet, ces jeunes patients sont suivis au long cours en instituant notamment des parcours individualisés, des RCP, des entretiens avec la famille tout en prenant en compte les recommandations internationales.

De cette façon, sont prévues des RCP pour accompagner et penser l'accompagnement médical des jeunes transgenres. Elles ont été instituées de façon trimestrielle puis, depuis 2015, sont mensuelles. Elles visent à réunir des praticiens hospitaliers de différents services (des psychiatres, psychologues, psychanalystes, psychomotriciens, endocrinologues, pédiatres, biologistes de la reproduction,

---

<sup>48</sup> article L. 1111-4 CSP

<sup>49</sup> article L. 1111-4 CSP

infirmiers), des praticiens libéraux d'Ile de France, des représentants des usagers, des membres d'associations comme OUTrans, Espace santé Trans ou encore Acceptess-T, des juristes, et d'éthiciens<sup>50</sup>. La composition se veut large pour permettre une vision d'ensemble et prendre au mieux en charge le jeune patient.

A été décidée la mise en place de RCP avant toute décision de début d'hormonothérapie, de chirurgie, ou encore pour obtenir un avis clinique sur des situations propres.

Toutefois, pour que la situation d'un mineur soit discutée en RCP, bien que les cas soient anonymisés pour garantir la confidentialité, il est nécessaire de s'enquérir du consentement du patient majeur et en cas de minorité, du consentement du mineur et des titulaires de l'autorité parentale.

Pour ce projet, la Pitié-Salpêtrière reçoit un financement de l'Agence régionale de santé (ARS).

Mais l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ne fait pas exception, bon nombre d'établissements prenant en charge des mineurs prennent leurs décisions en RCP. La finalité étant de prendre une décision collégiale, c'est-à-dire la plus réfléchie possible, étape par étape. Une décision prise en RCP permet aussi de ne pas faire peser sur une seule et même personne le poids d'une décision notamment lorsque celle-ci mène à une détransition, cela permet le partage du pouvoir décisionnel.

Une fois le traitement engagé, la RCP permet aussi à chacun des médecins de dialoguer ensemble concernant les antécédents familiaux, les traitements éventuels et contre-indication dudit patient et s'assurer que la dimension protocolaire ait bien été respectée, notamment concernant la délivrance de l'information sur les effets négatifs.

## **B- La détransition**

Certains professionnels de santé sont réfractaires à la mise en place d'un traitement dans le cadre d'une incongruence de genre, lorsque le patient est mineur, du fait des conséquences encore méconnues du traitement au long cours, des difficultés à s'assurer de la compréhension et du consentement du jeune, et enfin par peur d'un désistement, c'est-à-dire d'une détransition, aussi appelée retransition. Un jeune qui débute les traitements et qui ne comprend pas réellement les effets secondaires liés au traitement, ou qui était trop immature au moment de la mise en place des traitements, ne risque-t-il pas de changer de point de vue concernant sa transition de genre ou plus fortement de la regretter ? Étant entendu que la perception de son propre genre n'est pas figée au

---

<sup>50</sup> CONDAT A. et COHEN D., *la prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, décembre 2022

moment de l'adolescence et est amenée à évoluer tout au long de sa croissance jusqu'à l'âge adulte.<sup>51</sup>

Toutefois, il existe peu d'études pour évaluer la part représentant les jeunes qui décident de faire marche arrière dans les démarches de transition<sup>52</sup>. Il y aurait entre 0,2 et 7% de personnes ayant débuté un traitement qui ne souhaitent pas le poursuivre ou qui sont revenues sur leur décision<sup>53</sup>.

Cependant, il apparaît délicat d'associer systématiquement l'arrêt du traitement à un souhait du patient de retransitionner. En effet, celui-ci a peut-être simplement mis fin au traitement en étant suffisamment satisfait des résultats et ne décidant pas aller plus loin dans le processus de transition médicale.

Ainsi, il apparaît dans une étude que 10% des personnes ayant procédé à une détransition l'ont fait par manque d'accompagnement des professionnels de santé conforme aux recommandations internationales<sup>54</sup>. Ces personnes témoignent de la rapidité des consultations et de la complexité de poser les questions souhaitées. Ainsi, ces personnes convenablement suivies auraient-elles poursuivies leur transition de genre ? Se sentent-elles bien à l'heure actuelle dans leur corps ou ont-elles un goût amer de leur accompagnement et de profonds regrets ? Étant également entendu que si le mode actuel de prise en charge des personnes transgenres n'est pas satisfaisant d'un point de vue qualitatif, il l'est encore moins pour des mineurs. Comment un mineur peut-il effectuer une transition paisible lorsque le parcours médical ne le lui permet pas, notamment de par sa complexité ?

De plus, la question de la détransition sous-tend celle de la responsabilité du médecin, et des parents.

Concernant la responsabilité des médecins, pour que l'enfant une fois majeur engage la responsabilité du médecin, il devra démontrer la réalisation d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre ces derniers. Comme faute, on pourrait penser à une erreur de diagnostic. Le juge français n'a pas eu à traiter ce genre de litige pour l'heure. En revanche, bon nombre de familles au Royaume-Uni saisissent le juge pour négligence médicale en considérant que leur enfant, vulnérable de par sa minorité, a été mal diagnostiqué et placé par erreur dans un parcours de transition médicale.

---

<sup>51</sup> CONDAT A. et COHEN D., *la prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, décembre 2022

<sup>52</sup> DHENAIM M., *Parcours de transition des personnes transgenres*, note de cadrage, HAS, 2022, p.17

<sup>53</sup> CONDAT A. et COHEN D., *la prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, décembre 2022

<sup>54</sup> DHENAIM M., *Parcours de transition des personnes transgenres*, note de cadrage, HAS, 2022, p.17

Ainsi, dans la décision opposant Bell à Tavistock, il était question d'une jeune de 15 ans se voyant administrer des bloqueurs de puberté puis plus tardivement de l'hormonothérapie et ayant subi une double mastectomie à l'âge adulte puis regrettant amèrement sa transition. Elle a assigné en justice Tavistock and Portman NHS Foundation trust, établissement l'ayant intégralement prise en charge, lui reprochant son inaptitude à exprimer un consentement libre et éclairé du fait de sa minorité. La haute Cour de Londres, le 1er décembre 2020<sup>55</sup> a fait droit à sa demande en considérant qu'il « était difficile pour un enfant de moins de 16 ans de comprendre et d'évaluer les informations liées à la prise en charge de la transidentité » et qu'il était possible d'obtenir l'autorisation du tribunal avant le début d'un traitement. Cette décision a fait beaucoup de bruit car elle donnait raison à ce jeune retransitionnant. Pourtant, la Cour d'appel d'Angleterre<sup>56</sup> a infirmé ce jugement en soutenant que ce n'est pas aux tribunaux d'analyser la capacité à comprendre l'information et donc à consentir des mineurs, mais plutôt aux médecins. Elle a toutefois admis la possibilité de saisine des tribunaux dans les cas où il existerait un conflit entre les professionnels de santé, les parents et le mineur en question.

Concernant la responsabilité des parents et du poids de leur décision d'initier un traitement pour incongruence de genre de leur enfant, il ne semble pas y avoir de possibilité de contester ce genre de décision. Si tant est qu'il y en ait, on imagine mal des parents se retrancher derrière le consentement de leur enfant mineur au moment des faits pour s'exonérer de leur responsabilité.

Il ressort également d'une autre étude que 85% des mineurs se questionnant sur leur identité de genre confirmeront que leur sexe de naissance est conforme à leur genre ressenti<sup>57</sup>.

Ainsi, la question de la transition médicale des mineurs est complexe. La limite entre un refus de prise en charge pour cause de discrimination et par supériorité des risques aux bénéfices est mince. Ainsi, faut-il interdire tout traitement médical lié à la transidentité lors de la minorité afin de faire primer l'intérêt supérieur de l'enfant et le protéger, et en ce cas, craindre l'automédication et le développement du marché parallèle des hormones sexuelles ? L'intérêt supérieur de l'enfant ne sous-tend-t-il pas de faire droit à la demande du mineur affreusement mal dans sa peau qui menace de se suicider ? Il paraît opportun que le législateur se positionne sur ce sujet si complexe soit-il. Pour rappel, une proposition de loi est en cours de lecture par l'Assemblée nationale. Elle a été adoptée par le sénat en ce qu'elle permettrait la prescription de bloqueurs de puberté par des centres de référence spécialisés listés par arrêté après un délai de deux ans, délai permettant de s'assurer de

---

55 High Cour of Justice, 01/12/2020, Quincy Bell ans Av Tavistock and Portman NHS Trust and others

56 Cour d'appel d'Angleterre, 17/09/2021, Quincy Bell ans Av Tavistock and Portman NHS Trust and others

57 « impact des pratiques médicales sur les enfants diagnostiqués dysphoriques de genre » de l'observatoire des discours idéologiques pour les enfants et adolescents.

la capacité de discernement du mineur, elle prohibe en revanche la délivrance de traitements hormonaux et d'actes chirurgicaux de réassignation de genre aux mineurs. En cas de non respect, des sanctions pénales pourraient être appliquées comme une peine de deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende ou encore des peines complémentaires comme l'interdiction d'exercer pendant dix ans au plus.

## **CHAPITRE 2 : LES NOUVEAUX ENJEUX LIÉS AU PARCOURS MÉDICAL DES PERSONNES TRANSGENRES**

Pour que la personne transgenre fasse de sa santé une priorité, il paraît opportun de moderniser sa prise en charge et notamment de l'axer sur la qualité (section 1). Il est également primordial de placer la personne transgenre au cœur de sa prise en charge afin qu'elle en devienne l'actrice principale (section 2).

### **Section 1 : La recherche d'une prise en charge de qualité assurée aux personnes transgenres**

Premièrement, pour faire du parcours de transition médicale un parcours qualitatif, il est nécessaire de former les professionnels de santé (paragraphe 1). Enfin, il faut adapter le système de santé aux problématiques rencontrées par les personnes transgenres (paragraphe 2).

#### **Paragraphe 1 - La connaissance attendue de la transidentité par les professionnels de santé**

La transidentité mériterait d'être davantage connue par les professionnels de santé pour éviter les comportements stigmatisants (A) et pour connaître les spécificités médicales qui découlent d'une transidentité (B).

#### **A- La connaissance de la transidentité dans sa globalité**

Pour que le patient transgenre reçoive des soins sans jugement et afin de concrétiser le droit au plus haut niveau de santé possible<sup>58</sup>, il est nécessaire que les professionnels de santé, tous sans exception<sup>59</sup>, soient formés à la transidentité, c'est notamment ce que recommande l'association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres<sup>60</sup>. Ainsi, il serait intéressant qu'un module sur les spécificités liées au sexe, à la transidentité ou à l'intersexualité soit intégré à la

---

<sup>58</sup> Principe 17 des principes de Yogyakarta. Ces principes visent un idéal à mettre en place afin de garantir les droits humains des personnes transgenres

<sup>59</sup> Les personnes transgenres sont amenées à consulter pour différents sujets de santé comme le ferait une personne cisgenre. Elle doit être convenablement prise en charge par n'importe quel professionnel de santé. Ces connaissances doivent être approfondies pour les médecins amenés à prendre en charge la personne transgenre concernant sa transidentité (généralistes, gynécologues, endocrinologues, chirurgiens, psychiatres, etc.).

<sup>60</sup> SOC-8 WPATH

formation initiale des professionnels de santé, mais aussi que soient traités ces sujets dans le développement professionnel continu (DPC) qui est obligatoire pour tout professionnel de santé tous les trois ans. Cela permettrait notamment de mettre fin à la présomption d'un patient hétérosexuel cisgenre<sup>61</sup>. C'est notamment le constat de la HAS qui indique qu'« il est de la responsabilité des universités et des centres de formation d'apporter aux étudiants et aux professionnels des clés de lecture afin d'habituer chacun à réfléchir sur les différences induites par le sexe et le genre chez les personnes qu'ils soignent ou accompagnent, et sur la manière dont le genre impacte leurs actions et leurs organisations »<sup>62</sup>. Mais c'est aussi de la responsabilité des professionnels de santé les plus expérimentés de montrer l'exemple aux futures générations de professionnels afin de mettre fin à la perpétuité des stéréotypes.

Cette formation peut avoir lieu dans des centres de formation, par le biais de diplômes universitaires délivrés par les universités, par la communication de recommandations de bonnes pratiques de la HAS, par les personnes transgenres elles-mêmes issues d'une association, etc.

Lorsqu'un professionnel de santé est formé à la transidentité, il dispose d'une meilleure compréhension des attentes de l'intéressé, la relation de soins est basée sur la confiance entre les deux interlocuteurs et il évite notamment des comportements inadaptés voire stigmatisants. Il arrive que certains professionnels de santé soient trop peu formés à ces questions ce qui peut conduire les patients à informer les médecins sur les questions transidentitaires<sup>63</sup> en leur indiquant notamment que chaque parcours de transition est différent, et que la chirurgie de réassignation sexuelle n'est pas une fin en soi.

Former les actuels et futurs professionnels de santé, c'est aussi leur permettre de déstigmatiser la prise en charge de la personne transgenre. Cette prise en charge ne porte pas uniquement sur les questions liées à la transidentité, une personne transgenre est avant tout une personne comme une autre qui a les mêmes besoins de santé qu'autrui. Ainsi, cela permettra, sans doute, une reprise des soins par certaines personnes qui, se sentant exclues, ont renoncé à certains soins.

C'est également permettre au médecin d'être plus serein dans ses rapports avec son patient, d'éviter quelques malaises involontaires. Cela peut se faire en utilisant des réflexes simples comme éviter le mégenrage, respecter à l'oral le prénom choisi par la personne transgenre, bien que les modifications de l'état civil n'aient pas eu lieu, employer le pronom et la civilité qu'elle utilise, permettre l'accès aux toilettes mixtes ou aux toilettes souhaitées, diffuser des messages de

---

<sup>61</sup> Rapport d'analyse prospective, Sexe, genre et santé, HAS, 2020, p.16

<sup>62</sup> Rapport d'analyse prospective, Sexe, genre et santé, HAS, 2020, p.152

<sup>63</sup> Rapport d'analyse prospective, Sexe, genre et santé, HAS, 2020, p.149

sensibilisation et d'information. C'est ce qu'indique la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT, en précisant que les « élèves sensibilisés, sont de futurs agents publics aptes à accueillir des usagers trans dans les meilleures conditions »<sup>64</sup>. Ainsi, sensibiliser les jeunes à ces questions, c'est permettre un futur plus inclusif.

La jeune génération de médecins semble être davantage au fait des questions de transidentité, ce qui est encourageant, c'est ce que montre un numéro de novembre 2019 du bulletin des jeunes médecins généralistes qui consacre un article aux patients transgenres.<sup>65</sup>

## **B- La connaissance de la transidentité dans ses spécificités**

Les personnes transgenres sont plus spécifiquement touchées par certaines maladies comme le VIH<sup>66</sup>, mais peuvent aussi être oubliées et se faire diagnostiquer des cancers que tardivement<sup>67</sup>. Il est nécessaire que les professionnels de santé qui suivent des personnes transgenres soient vigilants sur ces points.

Les personnes transgenres peuvent être exposées au VIH, on dénombre notamment 253 personnes transgenres séropositives entre 2012 et 2020, ce qui représente 0,7% des découvertes sur la totalité de la population sur cette période donnée<sup>68</sup>. Cela peut notamment s'expliquer, car des gestes de prévention peuvent être compliqués à mettre en œuvre lorsque l'estime de soi est basse. C'est ce que révèle une enquête où 82% des répondants énoncent ne jamais utiliser de préservatifs pour les rapports buccogénitaux et 50% n'en utilisent pas non plus lors des rapports pénétrations<sup>69</sup>. Ainsi « comment se penser acteur de sa propre vie et acteur de prévention si dès le plus jeune âge il y a discrimination, violence, ban la société ? »<sup>70</sup>.

Ce peut également être expliqué par le fait que certains considèrent à tort que la vaginoplastie empêcherait la contamination par VIH<sup>71</sup>. Il est essentiel pour les médecins d'informer que ces

---

<sup>64</sup> Fiche pratique sur le respect des droits des personnes trans de la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT, 2019

<sup>65</sup> C. Hamel, patients transgenres en médecine générale. Bull SNJMG 2019;(25):24-33.

<sup>66</sup> *Fiche pratique sur le respect des droits des personnes trans* de la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT, 2019

<sup>67</sup> SCRIME S., *inégalités des soins aux personnes transgenres atteintes du cancer : recommandations en faveur de changements*, revue canadienne des soins infirmiers en oncologie, 2019.

<sup>68</sup> DHENAIM M., *Parcours de transition des personnes transgenres*, note de cadrage, HAS, 2022

<sup>69</sup> Transexuel(le)s : condition de vie, santé perçue et comportement sexuel, résultats d'une enquête exploratoire par internet, 2007

<sup>70</sup> DARMON L., *santé des trans : premières données françaises*, journal du sida (n°208 2008/09), 2008

<sup>71</sup> BONNIN O., *le sida chez les transsexuels : les trans, invisibles jusque dans la lutte contre le sida*, journal du sida (n°182), 2006

croyances sont fausses. D'autant que les personnes transgenres contaminées sont majoritairement des personnes qui se prostituent, parfois sous substances illicites, amenées donc à s'exposer davantage<sup>72</sup>. Certaines associations comme Pastt ou Cariting font de la prévention pour répondre à ce problème sociétal.

Il n'est pas rare, non plus, que des seringues utilisées pour s'injecter de l'hormonothérapie soient partagées, ce qui peut engendrer une contamination au VIH.

Le Parlement européen, dans un rapport de 2016, invitait les États membres à allouer des moyens financiers aux campagnes de sensibilisation destinées à ce que les personnes transgenres participent à des essais cliniques de prévention du VIH.

D'ailleurs, depuis 2021, la prescription de la PrEp<sup>73</sup>, traitement à visée préventive contre le VIH, a été ouverte aux médecins généralistes, ce qui facilite l'accès aux soins.

Concernant le cancer, certaines personnes transgenres font table rase du passé et s'éloignent de la pratique préventive, même en cas d'antécédents familiaux. Ils ne consultent guère des spécialistes qui, pourtant, leur auraient été indiqués conformément à leur sexe de naissance. Ainsi, un homme transgenre par exemple qui n'ira pas consulter de gynécologue ne pourra que difficilement se faire diagnostiquer un cancer du sein ou du col de l'utérus. Il est essentiel que les médecins généralistes des personnes transgenres prescrivent des examens de contrôle régulier à l'instar des personnes cisgenres, d'autant que l'hormonothérapie peut avoir pour effet négatif de surexposer les personnes transgenres à certains cancers<sup>74</sup>. L'article 35 de la convention des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui prévoit un droit à la protection de la santé, est parlant dans ce cas d'espèce. Ainsi, « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales ».

Le manque d'étude et de recherche menées chez les personnes transgenres conduit à renforcer le « risque d'angles morts dans les prises en charge sanitaires ou sociales »<sup>75</sup>. Ce peut notamment être expliqué par la méfiance de certains transgenres du système de santé. Il est donc nécessaire que les médecins généralistes prenant en charge des personnes transgenres communiquent, préviennent et

---

<sup>72</sup> DHENAIM M., *Parcours de transition des personnes transgenres*, note de cadrage, HAS, 2022. Il existe une prévalence de contamination au VIH chez les femmes transgenres, souvent nées à l'étranger (principalement au Pérou ou au Brésil). En comparant avec les personnes cisgenres contaminées par VIH on s'aperçoit que les personnes transgenres sont majoritairement nées à l'étranger (79% contre 49% chez les personnes cisgenres) et en situation de prostitution (30% contre 0,3% chez les personnes cisgenres).

<sup>73</sup> Prophylaxie pré-exposition

<sup>74</sup> SOC-8 WPATH

<sup>75</sup> *Rapport d'analyse prospective, Sexe, genre et santé*, HAS, 2020, p.28

informent les personnes transgenres des risques spécifiques encourus, et que des campagnes de prévention soient financées, c'est notamment ce que recommande L'IGAS recommande<sup>76</sup>.

## **Paragraphe 2 - Faire de la personne transgenre un usager ordinaire en adaptant le système de santé**

Le système de santé peut être adapté et modernisé en faisant cesser toute forme de transphobie issue du secteur médical (B), ce qui conduira de facto et via d'autres mesures à lutter contre le renoncement aux soins des personnes transgenres (A).

### **A- La lutte contre le renoncement aux soins**

Bien que la protection de la santé soit un objectif à valeur constitutionnelle<sup>77</sup>, il existe bon nombre de personnes qui peinent à consulter un praticien proche de chez eux. Les personnes transgenres ne sont pas non plus épargnées par ce phénomène et peuvent avoir à renoncer à certains soins du fait de la distance géographique pour être suivi par un spécialiste. Ainsi, une enquête met en évidence, qu'en moyenne, devaient être parcourus 77 km pour se rendre au lieu de consultation, et au maximum 500 km<sup>78</sup>. Une personne sur quatre interrogée dans cette enquête parcourt plus de 100 km pour se rendre à un rendez-vous médical, soit 200 km aller-retour. Cela complique sérieusement l'accès aux soins. Outre les frais qu'un tel déplacement engendre, une contrainte de temps existe également. Ce type de déplacement nécessite d'y consacrer en moyenne une demi-journée, ce qui n'est pas négligeable.

D'autant qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucune liste officielle de lieux indiqués pour la prise en charge de la réassignation sexuelle. Les personnes transgenres sont dans l'obligation de démarcher des médecins et de faire face à des refus, renonçant parfois aux soins.

Cette contrainte géographique est notamment due au fait qu'il y a peu de médecins qui prennent en charge les attentes des personnes transgenres, en particulier les chirurgies de réassignation sexuelle. Les chirurgiens réalisant ces opérations sont principalement localisés à Paris, Lyon, Rennes, Limoges, Lille. L'offre pour ces soins spécifiques est mince, ce qui rallonge le délai d'attente dans les lieux offrant cette prise en charge. Il paraît donc pertinent de former des spécialistes à ces techniques bien spéciales d'opération, afin d'augmenter l'offre de soin et apporter une réponse aux

---

<sup>76</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, « recommandation 15 : élaborer des campagnes de prévention et de dépistage généralisé (cancers, santé sexuelle) quelle que soit l'évolution de leur genre à l'état civil ».

<sup>77</sup> décision 74-54 DC, 15 janvier 1975, cons. 10, Journal officiel du 16 janvier 1975, page 671

<sup>78</sup> LORENDEAU A., *Difficultés d'accès aux traitements hormonaux pour les personnes trans en France description des principaux freins et enjeux du suivi par les médecins généralistes*, sous la direction de LAPADU-HARGUES E., 2019.

besoins des usagers en limitant la distance géographique entre le lieu de prise en charge et la résidence du demandeur.

Ainsi, l'IGAS recommande<sup>79</sup> de transférer les chirurgiens formés dans les établissements où cette offre ne serait développée. Mais également d'organiser des formations pour les médecins souhaitant développer leurs compétences dans les lieux où la pratique est déjà courante. Toutefois, cette seconde option nécessite du temps et de l'implication pour celui qui souhaite monter une activité de chirurgie d'affirmation pelvienne, mais aussi pour le médecin qui le forme. Ainsi, le CHU de Lyon-Sud a été à l'origine de la formation de plusieurs chirurgiens à Limoges, Lille ou encore Rennes. Les chirurgiens souhaitant se former assistent à des opérations localisées à Lyon une à deux fois par mois puis le chirurgien formateur se rend dans leur service pour les assister lors de leurs premières interventions. Pour que cette solution soit envisageable, encore faut-il que ce soit une priorité du directeur général de l'établissement, afin que ce dernier donne son aval à l'ouverture d'une telle activité. De plus, pour répondre à des exigences de qualité, un seuil d'activité minimal en chirurgie pelvienne devrait être indiqué dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS publiée en septembre 2024.

Certaines personnes, ayant des moyens financiers plus importants, privilégient l'accès à la chirurgie de réassignation sexuelle à l'étranger comme au Canada, en Turquie ou encore en Thaïlande, qui est la capitale mondiale de la chirurgie de réassignation sexuelle. La Thaïlande est dénommée ainsi par la connaissance des chirurgiens (certains étant spécialisés en la matière depuis plus de 20 ans), la quantité, la haute qualité, le faible coût de cette chirurgie.

Ce phénomène n'est pas uniquement propre à la France, il existe en Belgique un déséquilibre géographique dans l'offre de soins, c'est ce que révélait l'institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH) en 2009<sup>80</sup>. Il existe des équipes interdisciplinaires dites de "genre" en Flandre (Gand, Anvers et Bruges) et en Wallonie (Liège), sachant que seules les équipes de Gand et de Liège sont reconnues par l'institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) comme officielles.

Certaines personnes transgenres renoncent également aux soins par peur d'être discriminées ou car elles ont vécu des discriminations de la part des professionnels de santé. Ainsi, c'est le cas d'un quart des personnes transgenres<sup>81</sup>.

---

<sup>79</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, p. 58 et 73

<sup>80</sup> J. MOTMANS, I. DE BIOLLEY et S. DEBUNNE, *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, p. 71 et 166.

<sup>81</sup> FAUCHER P., HASSOUN D., LINET T., *santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT*, Elsevier, 2023

## **B- La lutte contre la transphobie au sein du parcours de soins**

L'article 1er de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 dispose que « tous les hommes naissent libres et égaux en droits », également, les articles 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, 20 et 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne prévoient respectivement une interdiction de discrimination et une égalité en droit. De plus, la WPATH se positionne contre le langage discriminant et les thérapies de conversion. Néanmoins ces objectifs sont loin d'être atteints.

En effet, lors de leur parcours de transition, les personnes transgenres sont susceptibles de faire face à de la transphobie, ce qui nuit à leur prise en charge et peut conduire à la renonciation définitive aux soins par peur qu'un comportement inapproprié se réitère. La transphobie c'est le fait d'avoir peur, de présenter une aversion contre des personnes transgenres. Elle peut prendre plusieurs formes, discriminations<sup>82</sup>, harcèlement, provocation à la haine, violence, outing<sup>83</sup>, menaces, diffamation, insultes, moqueries, mégenrage, etc<sup>84</sup>. Ainsi, une étude<sup>85</sup> interrogeant 633 personnes transgenres recense que plus d'une personne sur deux a déjà été victime de transphobie lors de leur prise en charge médicale générale donc 45% de ces victimes ont déclaré éviter les lieux médicaux. La transphobie peut également avoir comme conséquence une exclusion de l'emploi et du logement, isolant manifestement la personne transgenre et la conduisant parfois à attenter à sa vie<sup>86</sup>.

Pour lutter contre ce fléau, la directive refonte<sup>87</sup> fait mention en son troisième considérant de la discrimination fondée sur le changement de sexe.

Ainsi, l'article 1 de la loi du 27 mai 2008 portant adaptation du droit communautaire s'agissant de la lutte contre la discrimination dispose que « constitue une discrimination directe la situation dans laquelle, sur le fondement de son identité de genre, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre dans une situation comparable ». L'article 3-2 de cette même loi interdit en

---

<sup>82</sup> FAUCHER P., HASSOUN D., LINET T., *santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT*, Elsevier, 2023 en donne la définition : soustraction d'un droit, limitation d'un droit ou conditionnement d'un droit sur des motifs reconnus comme discriminatoire

<sup>83</sup> Fiche pratique : le respect des droits des personnes trans, 2019, DILCRAH en donne la définition : fait de révéler d'une personne, contre sa volonté, qu'elle est transgenre

<sup>84</sup> Fiche pratique : le respect des droits des personnes trans, 2019, DILCRAH

<sup>85</sup> Santé des personnes transgenres : un parcours de soins à améliorer, INSERM : <https://www.inserm.fr/actualite/sante-des-personnes-transgenres-un-parcours-de-soins-a-ameliorer/>

<sup>86</sup> dû à la souffrance générée par la transphobie, le taux de suicide des personnes transgenres est 7 fois plus élevé que chez les personnes cisgenres

<sup>87</sup> Directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil, dénommée refonte, du 5 juillet 2006 relative à la mise en oeuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail

matière de protection sociale, de santé, d'avantages sociaux, d'éducation ou encore d'accès aux biens le motif de discrimination invoqué à l'article 1.

De plus, la rédaction de l'article 225-1 du Code pénal témoigne de la prise de conscience de la reconnaissance de la transphobie. Cet article a d'abord réprimé les discriminations opérées sur le fondement de l'identité sexuelle<sup>88</sup> puis a changé de terminologie préférant évoquer des discriminations réprimées sur le fondement de l'identité de genre<sup>89</sup>.

Ainsi, toute discrimination fondée sur l'identité de genre sera assimilée à de la transphobie et sera sanctionnable à hauteur de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende<sup>90</sup>. De plus, depuis 2005 a été créée une autorité administrative, dénommée la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), compétente afin de se saisir de « toutes les discriminations directes ou indirectes, prohibées par la loi ou par un engagement international auquel la France est partie ». Elle a été remplacée par une autre autorité administrative indépendante, intitulée le Défenseur des droits, par une loi organique du 29 mars 2011<sup>91</sup>. Le Défenseur des droits comme son nom l'indique est chargé de défendre les droits des citoyens, mais dispose aussi des prérogatives particulières s'agissant de la lutte contre les discriminations. De plus, depuis 2012 a été créée la délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT (DILCAH) chargée de la politique contre la haine anti-LGBT notamment. Cela met en lumière l'importance faite par le gouvernement de lutter contre toute forme de discriminations.

Malgré cet arsenal administratif, les actes transphobes, pourtant nombreux<sup>92</sup>, ne donnent que rarement lieu à des plaintes ou à une saisine du Défenseur des droits, cela est souvent expliqué par la peur d'être mal reçu<sup>93</sup>.

Pour de nouveau accentuer la lutte contre la transphobie, il paraît envisageable d'intégrer aux parcours de formation initiale des étudiants et continue des professionnels de santé un module portant sur les conséquences juridiques liées à la transphobie, non dans l'optique de faire peur, mais pour pointer du doigt les comportements qui ne sont plus acceptables. Cette politique de sensibilisation pourrait également être intéressante auprès des plus jeunes en école primaire et/ou au

---

<sup>88</sup> Loi n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel

<sup>89</sup> Loi n° 2022-401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte

<sup>90</sup> article 225-1 et 225-2 Code pénal

<sup>91</sup> Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits

<sup>92</sup> plus de 8 trans sur 10 disent avoir été victimes de transphobie au cours de leur vie (85 %); ALESSANDRIN A., *la transphobie en France, insuffisance du droit et expérience de discrimination*, cahier de genre, p. 193-212, 2016

<sup>93</sup> 96% des personnes ayant subi des comportements transphobes ne portent pas plainte; ALESSANDRIN A., *la transphobie en France, insuffisance du droit et expérience de discrimination*, cahier de genre, p. 193-212, 2016

collège, pour apprendre aux enfants ou adolescents la nécessité d'être tolérant et respectueux entre eux.

En revanche, certains professionnels de santé se cachent derrière leur clause de conscience prévue à l'article L. 6315-1 du Code de la santé publique qui prévoit que « la continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé » pour refuser de prendre en charge un patient. La limite est mince entre le refus de prendre un patient en charge et les discriminer. Pourtant, la discrimination est également prohibée par l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique. Ce texte est clair, « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne, (...), pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du Code pénal ». Ainsi, le médecin, s'il est en capacité de le faire, d'un point de vue de ses connaissances, doit prendre en charge une personne transgenre. Sinon, cette dernière pourra assimiler à juste titre ce refus à de la discrimination et saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné pour l'en informer des faits. C'est ce qu'ont ressenti certaines personnes transgenres interrogées par l'enquête<sup>94</sup> qui indiquent qu'elles se sont vues refuser un rendez-vous pour les motifs suivants : « affirmer que la demande ne concerne pas un besoin de santé lorsque la personne fait état d'une souffrance psychique ou physique », « ici, on ne fait pas les trans ». Pourtant, les dernières lignes de l'article L. 1110-3 du Code de la santé sont bien moins claires, il dispose que « hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1 du présent Code ». Ainsi, les professionnels de santé peuvent se réfugier, hors cas d'urgence, derrière leur clause de conscience pour refuser de prendre en charge une personne transgenre uniquement en raison de sa transidentité. Espérons que les nouvelles recommandations HAS avertissent sur le caractère néfaste des comportements discriminants.

## **Section 2 : Permettre à la personne transgenre d'être au coeur de son parcours de soins**

---

<sup>94</sup> LORENDEAU A., *Difficultés d'accès aux traitements hormonaux pour les personnes trans en France description des principaux freins et enjeux du suivi par les médecins généralistes*, sous la direction de LAPADU-HARGUES E., 2019.

Pour que la personne transgenre soit actrice de son propre parcours de soins, il apparaît nécessaire d'apporter des modifications au parcours médical connu actuellement (paragraphe 1) mais aussi de lui rendre un droit à la vie familiale effectif (paragraphe 2).

### **Paragraphe 1 - La nécessité de remodeler le parcours médical**

Afin de modifier le parcours médical emprunté par certaines personnes transgenres, il pourrait être intéressant de privilégier la médecine de proximité, afin de lutter contre l'éloignement géographique des spécialistes (A) mais aussi de développer un travail en réseau, notamment par le biais de relations avec des associations (B).

#### **A- Privilégier la médecine de proximité pour répondre aux besoins de la population transgenre**

Lors d'un parcours de transition médicale, il est habituel que la personne transgenre soit suivie par son médecin généraliste et par un endocrinologue. Toutefois, ce parcours ne semble pas être le plus opportun, il est en tant que tel représentatif des difficultés d'accès aux traitements hormonaux. En effet, sur 162 personnes transgenres répondant à une étude<sup>95</sup>, 25% des personnes se sont déjà confrontées à des refus de soins, 21,6% ont dû payer des dépassements d'honoraires et effectuent en moyenne 76 kilomètres pour se rendre à leur rendez-vous médical.

L'éloignement géographique est notamment dû à la faible proportion de médecins prenant en charge la transidentité. Ainsi, l'étude démontre qu'une personne sur quatre doit parcourir plus de 100 kilomètres pour se rendre aux rendez-vous médicaux, ce qui équivaut à 200 kilomètres aller-retour.

Ainsi, il paraît opportun que les médecins généralistes soient davantage formés à la prise en charge des personnes transgenres, également qu'ils aient plus de prérogatives, notamment dans la prescription de l'hormonothérapie. Cela limiterait considérablement les trajets et les coûts pour se rendre aux rendez-vous médicaux, et permettrait au patient de se sentir plus serein du fait du lien de confiance existant entre un médecin généraliste et son patient.

L'hormonothérapie prescrite aux personnes transféminines, c'est-à-dire les œstrogènes, les anti-androgènes ou encore la progestérone peuvent être prescrits par des médecins généralistes, car ils sont de maniement simple. Toutefois, ces médecins doivent être habitués à les manier car ils ne sont pas sans risques (risque de thrombose, de cancer etc.). En revanche, dans les parcours transmasculin, la testostérone ne peut uniquement être prescrite par des spécialistes (endocrinologue, diabétologue, urologue, gynécologue etc.). Ainsi, les médecins généralistes ne peuvent être primo-prescripteurs.

---

<sup>95</sup> LORENDEAU A., *Difficultés d'accès aux traitements hormonaux pour les personnes trans en France description des principaux freins et enjeux du suivi par les médecins généralistes*, sous la direction de LAPADU-HARGUES E., 2019.

De plus, l'hormonothérapie est prescrite hors autorisation de mise sur le marché, ce qui limite le nombre de médecins généralistes acceptant de la prescrire. L'autorisation de mise sur le marché (AMM) comprend toutes les informations d'identification d'un médicament et est délivrée par l'Agence du médicament et des produits de santé en France. Lorsque le médecin prescrit de l'hormonothérapie, il le fait dans un autre champ que celui prévu par l'AMM. En effet, pour qu'un laboratoire pharmaceutique commercialise un médicament, l'autorisation de mise sur le marché est obligatoire. Toutefois, la population transgenre ne revêt qu'un faible intérêt financier pour les laboratoires, ce qui laisse penser que dans la conjoncture actuelle, aucune AMM ne sera délivrée pour l'hormonothérapie dans le cadre d'une transition médicale. L'AMM est délivrée sur la base des données de qualité pharmaceutique et lorsque le rapport bénéfices-risques est favorable dans l'indication revendiquée. Bien que le médecin dispose d'une liberté de prescription<sup>96</sup>, le principe veut qu'il prescrive un médicament dans l'intérêt du patient et dans son autorisation de mise sur le marché. Ainsi, les prescriptions hors autorisation sur le marché doivent rester exceptionnelles et sont possibles uniquement lorsqu'il n'y a pas d'alternative thérapeutique et lorsque l'indication recommandée est jugée indispensable pour stabiliser ou améliorer l'état de santé du patient. Dans ce cas de figure, le médecin prescripteur est débiteur d'une obligation d'information renforcée qui consiste à informer le patient de la non mise sur le marché de l'indication recommandée, des risques encourus et des bénéfices escomptés et de l'absence de prise en charge du produit pharmaceutique de santé par l'assurance maladie<sup>97</sup>. Il doit également porter sur l'ordonnance la mention<sup>98</sup> « prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché », tracer les raisons pour lesquelles il a choisi de recourir à une prescription hors autorisation sur le marché dans le dossier médical du patient<sup>99</sup>. De plus, la responsabilité du médecin prescripteur peut être engagée du fait de sa prescription. Il devra alors apporter la preuve par tout moyen que sa prescription hors autorisation de mise sur le marché était justifiée.

Compte tenu de ces éléments, certains médecins généralistes sont réfractaires à la prescription de l'hormonothérapie à leurs patients transgenres.

Ainsi, le rapport de l'IGAS, en sa recommandation 9 préconise de « faciliter et sécuriser l'accès à l'hormonothérapie d'une part en autorisant les médecins généralistes à primo-prescrire la testostérone et d'autre part en consolidant le cadre de prescription sur la base d'une extension de l'autorisation de mise sur le marché dans le cadre d'un usage bien établi ou de la reconnaissance par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'un cadre de

---

<sup>96</sup> article R. 4127-8 du Code de la santé publique

<sup>97</sup> articles L.162-4 et L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale

<sup>98</sup> article L.5121-12-1 Code de la santé publique et articles L.162-4 et L.162-1-7 Code de la sécurité sociale

<sup>99</sup> article L.5121-12-1 Code de la santé publique

prescription compassionnelle »<sup>100</sup>. Cela permettrait également de lutter contre le risque d'automédication hors cadre légal comme l'achat de produits pharmaceutiques sur internet, le partage des prescriptions, etc.

## **B- Le travail en réseau : une solution à la connaissance de la transidentité**

Il existe des partenariats intéressants entre des professionnels de santé et des associations qui ont tous deux pour fin de permettre l'accès aux soins des personnes transgenres.

Depuis les années 1960 ont été mis en place des mouvements défendant les droits des personnes transgenres, notamment en luttant contre les discriminations et en visant l'accès à la santé. Dans les années 1990, ces mouvements se sont accrus du fait de la lutte contre le VIH. Ces associations œuvrent en mettant en place des groupes de parole<sup>101</sup>, des actions de médiation, traduisent des informations médicales ou encore créent des guides<sup>102</sup> destinés aux personnes transgenres et à leurs proches. Elles peuvent aussi alimenter un répertoire de professionnels de santé dits "transfriendly"<sup>103</sup> c'est-à-dire pouvant prendre en charge des personnes transgenres en toute sérénité, sans crainte pour le patient d'être victime d'actes transphobes.

Ainsi, dans le champ de la prévention du suicide, le centre thérapeutique ambulatoire intensif (CTAI) du centre hospitalier Alpes d'Isère a noué des relations avec l'association RITA<sup>104</sup> qui peut le contacter lorsqu'il existe des situations à risque pour les personnes transgenres afin d'obtenir simplement des conseils ou pour accueillir rapidement la personne dans le besoin.

Cette association a également créé des liens avec le planning familial de Grenoble. Ensemble, ils visent à permettre l'accès aux soins des personnes transgenres de leur région, notamment en mettant en place un accès à l'hormonothérapie en dehors du parcours hospitalier. Toutefois, du fait de leur engorgement ces dernières années, leur principal objectif est de former des médecins transfriendly qui accepteraient de suivre des patients transgenres en dehors du planning familial. Ainsi, depuis 2020, on dénombre 30 praticiens formés et 7 qui ont repris le suivi de certains patients initialement pris en charge par le planning familial. Leur objectif est clair, développer un réseau de professionnels de santé formés à la transidentité vers lesquels diriger les personnes transgenres.

D'autre part, on peut citer le partenariat existant entre le service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) de l'hôpital Bichat et l'association Acceptess-T ayant pour but d'accompagner les femmes transgenres infectées par le VIH. Leur mission étant de présenter des outils de prévention

---

<sup>100</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, p. 58

<sup>101</sup> OUTrans en Ile de France, Trans Inter Action à Nantes, OuesTrans à Rennes

<sup>102</sup> OUTrans a produit des guides sur les traitements hormonaux, la chirurgie ou encore la santé sexuelle; l'association Chrysalide à Lyon en produit également

<sup>103</sup> Acceptess-T, Espace Santé Trans.

<sup>104</sup> Association de santé communautaire à Grenoble

aux personnes transgenres, de leur permettre un accès à un traitement ARV dans un délai raisonnable et enfin de leur présenter la nécessité d'un suivi médical. Ainsi, les pairs de l'association organisent des permanences dans le SMIT. Par ce biais, et si le patient le désire, les pairs peuvent assister aux rendez-vous médicaux pour leur apporter un accompagnement spécifique par la suite. Inversement, un médecin du SMIT effectue des permanences dans les locaux de l'association afin de primo-prescrire des traitements ARV. Il s'agit d'un bel exemple d'échanges réciproques entre un service de soins et une association qui ont tous deux comme finalité l'accès aux soins de qualité pour les personnes transgenres.

L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière met en place mensuellement des RCP dans le cadre du suivi des mineurs transgenres. Les associations sont conviées à ces RCP pour prendre part au débat<sup>105</sup>.

De plus, il existe un réseau, intitulé ReST, réunissant des associations transgenres et des professionnels de santé situé en Bretagne. Il existe dans ses statuts une parité entre personnes transgenres et médecins. Ses membres sont invités à signer une charte expliquant l'essence du réseau, à savoir la non-discrimination, le refus de la psychiatrisation, etc. Ce réseau s'efforce de coordonner le parcours de santé des personnes transgenres. Le réseau ReST est le réseau de références en la matière.

Des personnes transgenres ont également été à l'initiative de la création d'un site dénommé wikitrans.co permettant aux personnes transgenres, à leurs proches ou encore aux professionnels de santé de se renseigner sur la transidentité.

Enfin, on peut citer l'initiative de la maison dispersée de santé (MDS) de Lille-Moulins qui a mis en place un « protocole de santé trans » prévoyant notamment l'intervention de médecins généralistes. Concrètement, ce protocole, reposant sur les principes de l'autodétermination des personnes transgenres et de non-discrimination, est composé de trois étapes : la première étant la rencontre entre la personne transgenre et le médecin généraliste pour faire le point, réaliser une évaluation complète, ensuite, un temps est dédié pour l'hormonothérapie, puis en cas de besoin, est mis en place un accompagnement post-opératoire des chirurgies de réassignation sexuelle.

À noter que l'énumération faite ci-dessus n'est pas exhaustive. Il s'agit simplement de mettre en évidence les potentiels partenariats entre acteurs de santé et associations.

## **Paragraphe 2 - Un droit à la vie familiale reconnu aux personnes transgenres**

La construction d'une famille pour une personne transgenre est plus compliquée que pour une personne cisgenre notamment en terme de droits sexuels et reproductifs (A) qu'en terme de reconnaissance du lien de filiation (B).

### **A- Les droits sexuels et reproductifs des personnes transgenres**

---

<sup>105</sup> A- La prise de décision d'entamer les traitements en réunion de concertation pluridisciplinaire; p. 13

Bien que les conventions internationales prévoient un respect de la vie privée et familiale<sup>106</sup>, le droit de se marier et de fonder une famille<sup>107</sup>, les personnes transgenres peuvent présenter des difficultés à accéder à la parentalité.

Lors des prémices du parcours de transition médicale, et avant tout traitement, il doit être indiqué à toute personne transgenre les conséquences éventuelles de l'hormonothérapie et de la chirurgie de réassignation sur leur fertilité, et de la possibilité qu'elles détiennent de procéder à une autoconservation de leurs gamètes. En effet, depuis le décret du 25 août 2022<sup>108</sup>, les termes de "femme" et "homme" sont remplacés par celui de "personne" dans les articles R. 2141-36 et R. 2141-37 du Code de la santé publique, permettant ainsi aux personnes transgenres de procéder à l'autoconservation de leurs gamètes. Cela consiste pour une femme transgenre à procéder à l'autoconservation de son sperme, et pour un homme transgenre à l'autoconservation de ses ovocytes. Initialement considérée comme de la médecine de convenance, l'autoconservation des gamètes pour les personnes transgenres est désormais considérée comme une raison médicale ouvrant droit à l'article L. 2141-11 du Code de la santé publique aux personnes transgenres du fait de l'atteinte à la fertilité provoquée par les traitements hormonaux. C'est dans cette démarche de sensibilisation à la préservation des gamètes qu'il existe un partenariat entre le Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains (CECOS) Jean Verdier et l'équipe de consultation des transgenres mineurs et jeunes adultes de l'hôpital la Pitié-Salpêtrière. Ainsi, il est primordial que le professionnel de santé adapte son langage selon qu'il se trouve face à un mineur ou à un jeune adulte transgenre, pour tenter de lui faire comprendre la faculté dont il dispose. De plus, l'IGAS dans son rapport relatif à la santé et au parcours de soins des personnes transgenres recommande de développer des actions d'accompagnement à la préservation des gamètes destinées aux personnes transgenres dans les CECOS<sup>109</sup>.

Une fois les gamètes conservées, et les traitements achevés, la personne transgenre peut décider de recourir à l'assistance médicale à la procréation (AMP). Celle-ci a évolué, d'abord ouverte uniquement aux couples hétérosexuels, puis aux couples homosexuels<sup>110</sup> pour enfin tacitement être ouverte aux femmes transgenres<sup>111</sup>.

---

<sup>106</sup> Article 7 Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (CDFUE)

<sup>107</sup> Articles 16 Déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH) et 9 CDFUE

<sup>108</sup> Décret n°2022-1187 du 25 août 2022 relatif à l'accès aux données non identifiantes et à l'identité du tiers donneur

<sup>109</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, recommandation 10, p. 46

<sup>110</sup> La loi du 17 mai 2013 a eu pour conséquences d'ouvrir le droit à l'adoption aux homosexuels mariés

<sup>111</sup> Implicitement par la loi n°2021-1017 du 2 août 2021, relative à la bioéthique car celle-ci ne mentionne pas directement la possibilité ouverte aux femmes transgenres de recourir à l'AMP

Ainsi, l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique dispose que « l'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à un projet parental. Tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée ont accès à l'assistance médicale à la procréation ».

Une question prioritaire de constitutionnalité a été posée au Conseil constitutionnel<sup>112</sup> afin que celui-ci vérifie que cet article soit conforme à la Constitution, considérant que les hommes seuls ou homosexuels étaient lésés vue la rupture d'égalité existant avec les femmes transgenres pouvant accéder à l'AMP et avec les hommes transgenres n'ayant pas modifié la mention de leur sexe (donc étant considérés comme femmes officiellement) à l'état civil et ayant conservé leurs capacités gestationnelles du sexe féminin. Ainsi, certains hommes transgenres ont dû renoncer à la modification de leur sexe à l'état civil pour conserver la possibilité de recourir à l'AMP, devant choisir entre leur liberté personnelle et leur droit à la vie familiale. Le Conseil constitutionnel se veut pédagogue dans sa décision en rappelant que bien qu'il existe un principe d'égalité entre les citoyens, il est tout à fait loisible au législateur de traiter de façon différente des situations différentes, tant que « la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit ». De même, il rappelle qu'il ne peut se substituer au législateur, que son rôle est restreint au contrôle de conformité de la loi à la Constitution, qu'il ne peut en contrôler l'opportunité, et que dans ce cas de figure, il appartient au législateur le choix d'élargir l'accès à l'AMP aux hommes (transgenres ou cisgenres). Il constate dans cette décision une différence de traitement entre des personnes disposant des mêmes capacités gestationnelles mais ayant une mention de leur sexe à l'état civil différente, différence de traitement évoquée dans les travaux parlementaires, donc voulue. Il observe que dans l'exercice de sa compétence, le législateur a voulu exclure les hommes de l'accès à l'AMP, ce qui reviendrait à autoriser la gestation médicale pour autrui (GPA)<sup>113</sup>. Ainsi, le Conseil constitutionnel va considérer que « la différence de situation entre les hommes et les femmes, au regard des règles de l'état civil, pouvait justifier une différence de traitement, en rapport avec l'objet de la loi, quant aux conditions d'accès à l'assistance médicale à la procréation ». Il estime que le grief tiré de la méconnaissance du principe d'égalité doit être écarté, et que l'article L.2141-2 du Code de la santé ne méconnaît pas le droit de mener une vie familiale normale, ni la liberté personnelle ou encore aucun droit ou liberté garantis par la Constitution. Ainsi, il déclare cette disposition conforme à la Constitution.

Cette prise en compte, bien que partielle<sup>114</sup>, du droit à la vie familiale détenue par les personnes transgenres ne peut qu'être félicitée lorsqu'on imagine qu'il y a moins de 10 ans, ces mêmes

---

<sup>112</sup> Décision du Conseil constitutionnel n° 2022-1003 QPC du 8 juillet 2022

<sup>113</sup> hors le cas où une homme transgenre ayant conservé son système reproducteur féminin serait en couple avec un homme et déciderait de bénéficier de l'AMP

<sup>114</sup> ne permettant pas aux hommes transgenres l'accès à l'AMP

personnes auraient dû prouver un « irréversible changement », souvent une stérilité, pour accéder à un changement d'état civil. En revanche, il reste à faire, notamment à faire connaître aux femmes transgenres la possibilité qu'elles détiennent de recourir à l'AMP, et étendre cette faculté aux hommes transgenres.

## **B- La reconnaissance du lien de filiation entre l'enfant et le parent transgenre**

La reconnaissance du lien de filiation entre un parent transgenre et son enfant suit les règles suivantes : lorsque la personne donnant naissance a un appareil génital féminin, on considère que c'est la mère de l'enfant et si elle est mariée, l'époux apparaîtra directement comme le père de l'enfant. En revanche, si la mère n'est pas mariée à son conjoint et que celui-ci a un marqueur masculin dans son état civil, il pourra être reconnu comme parent de l'enfant. Enfin, lorsque le conjoint de la mère n'a pas de marqueur masculin, il a la possibilité d'adopter l'enfant.

Par conséquent, l'établissement de la filiation est encore restreint, et ne permet pas de prendre en compte la diversité des familles, notamment lorsqu'une personne décide de changer de sexe à l'état civil tout en conservant son système reproducteur. Dans ce cas de figure, l'adoption apparaît alors comme la seule possibilité d'obtenir un lien avec son enfant biologique.

La reconnaissance du lien de filiation entre une personne transgenre et son enfant varie selon que la personne soit devenue une femme ou un homme.

Les juridictions françaises, depuis la loi autorisant le changement de sexe à l'état civil, sont confrontées à de nouveaux enjeux. En effet, une personne née homme peut décider de devenir une femme, effectuer un changement de sexe et de prénom à l'état civil tout en conservant son système reproducteur et avoir un enfant avec son époux ou épouse selon les cas de figure. Étant donné qu'elle ne donne pas naissance à l'enfant, la femme transgenre pourtant parent biologique n'a pas été reconnue comme "mère non gestatrice", qualification qu'elle requerrait, par l'officier d'état civil. Le tribunal judiciaire de Montpellier<sup>115</sup> saisi de ce dossier va plus loin, en mettant à mal la liberté personnelle de cette femme, en considérant qu'il n'y avait pas de lien de filiation entre cette dernière et l'enfant, et qu'elle aurait pu renoncer à son changement de sexe pour établir ce lien de filiation, ou adopter son propre enfant. Ce jugement a été infirmé par la Cour d'appel de Montpellier<sup>116</sup> qui considère que le lien de filiation entre l'enfant et la personne transgenre, mère non gestatrice, devait être établi. Toutefois, la Cour de cassation<sup>117</sup>, a cassé l'arrêt de la Cour d'appel de Montpellier en considérant que la personne transgenre pourrait obtenir un lien de filiation avec son enfant uniquement en se déclarant père, a déclaré cette solution « conformes à l'intérêt supérieur de l'enfant, d'une part, en ce qu'elles permettent l'établissement d'un lien de

---

<sup>115</sup> Tribunal de grande instance de Montpellier, 22 juillet 2016, n°15/0019

<sup>116</sup> Cour d'appel de Montpellier, du 14 novembre 2018, n° 16/06059

<sup>117</sup> Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 16 septembre 2020, 18-50.080 19-11.251, Publié au bulletin

filiation à l'égard de ses deux parents, élément essentiel de son identité et qui correspond à la réalité des conditions de sa conception et de sa naissance, garantissant ainsi son droit à la connaissance de ses origines personnelles, d'autre part, en ce qu'elles confèrent à l'enfant né après la modification de la mention du sexe de son parent à l'état civil la même filiation que celle de ses frère et soeur, nés avant cette modification, évitant ainsi les discriminations au sein de la fratrie, dont tous les membres seront élevés par deux mères, tout en ayant à l'état civil l'indication d'une filiation paternelle à l'égard de leur géniteur, laquelle n'est au demeurant pas révélée aux tiers dans les extraits d'actes de naissance qui leur sont communiqués » et procède à un renvoi devant la Cour d'appel de Toulouse. Ainsi, pour la Haute juridiction, il serait discriminant qu'un enfant ait deux mères alors que ses frères et sœurs ont un père et une mère. On pourrait davantage dire que cette situation permettrait de refléter la réalité, ce qui serait discriminant, ce serait davantage d'instaurer une préférence pour la parentalité hétérosexuelle. La Cour d'appel de Toulouse<sup>118</sup> s'écarte de la position de la Cour de cassation et fait droit à la demande de la femme transgenre d'être désignée comme mère non gestatrice de l'enfant pour ne pas contester l'identité de genre de cette femme. Dans ce cas d'espèce, deux filiations maternelles ont pu être établies.

Ainsi, les futurs parents ou parents transgenres font face à une jurisprudence casuistique.

Depuis peu, la société française est confrontée à la naissance d'enfants par des hommes. En effet, c'est le cas lorsqu'un homme transgenre change de sexe à l'état civil tout en conservant son système reproducteur féminin. On parle d'homme enceint. En ce cas, dans les jours suivant la naissance, les parents se rendront devant l'officier d'état civil pour que celui-ci procède à la rédaction de l'acte de naissance de l'enfant. L'homme transgenre sera biologiquement considéré comme la mère de l'enfant, et sera inscrit comme tel sur l'acte de naissance de l'enfant. Si celui-ci conteste cette mention, l'officier d'état civil pourra en aviser le procureur de la République qui sera libre de saisir le juge aux affaires familiales.

On peut envisager des cas de figure où l'homme transgenre a donné naissance à son enfant, mais comme il dispose de marqueurs féminins, il sera inscrit comme mère sur l'acte de naissance alors que juridiquement, il s'agit d'un homme. Dans cette situation, on peut légitimement se demander si l'intérêt supérieur de l'enfant est pris en compte ? L'enfant, en dépit de son droit de mener une vie privée et familiale normale, doit-il subir les éventuelles réactions, discriminations des personnes qui auront à lire son extrait d'acte de naissance avec filiation ? La femme transgenre doit-elle aussi supporter le regard des autres et révéler de facto sa transidentité lorsque la copie de l'acte de naissance de son enfant sera demandée ? Ainsi, la femme transgenre sera mère dans les faits, mais père en droit, constituant une réfutation de la parentalité transgenre et plus généralement de la transidentité. Il apparaît plus que nécessaire que les conséquences juridiques soient tirées de ce

---

<sup>118</sup> Cour d'appel de Toulouse, 9 février 2022, n° 20/03128

changement à l'état civil, en prenant réellement en compte la nouvelle identité de genre de la personne.

## **PARTIE 2**

### **LE PARCOURS ADMINISTRATIF DE LA TRANSIDENTITÉ, ENTRE COMPLEXITÉ ET INSUFFISANCE**

Lors d'une transition administrative, les personnes transgenres deviennent peu à peu les acteurs principaux de leurs propres choix (Chapitre 1). De plus, bien que désormais dépsychiatisée, la prise en charge financière des soins liés à la transidentité revêt un caractère intéressant du fait des enjeux existants (Chapitre 2).

## CHAPITRE 1 : L'ÉVOLUTION DU DROIT À L'AUTODÉTERMINATION

Les personnes transgenres qui veulent être reconnues par leur identité de genre, peuvent débiter une transition administrative. La France a incontestablement modifié sa législation en la matière (section 1) à l'instar des pays étrangers (section 2).

### Section 1 : La transition administrative en droit français

Historiquement, la transition administrative était marquée par l'ingérence étatique dans l'exercice du droit au respect de la vie privée et familiale (paragraphe 1), puis grâce à la loi J21 datant de 2016, les personnes transgenres ont pu changer de sexe de façon plus aisée (paragraphe 2).

#### Paragraphe 1- Une transition administrative historiquement marquée par l'ingérence d'une autorité publique dans l'exercice du droit au respect de la vie privée et familiale

Ainsi, il convient de retracer la législation en matière de changement d'état civil précédant 2016 (A) puis d'analyser l'influence du droit international et européen sur l'évolution du droit à l'autodétermination français (B).

#### A- La législation française en matière de changement d'état civil antérieure à 2016

Selon le dictionnaire juridique, l'état civil représente « l'ensemble des éléments relatifs à la personne qui identifient un individu tels que les nom et prénoms, la date et le lieu de sa naissance, sa situation maritale »<sup>119</sup>. Ainsi, pour faire correspondre leur genre ressenti à leurs documents administratifs, les personnes transgenres ont la possibilité de changer leur prénom et/ou leur sexe à l'état civil.

Le changement de prénom en France est permis depuis 1955 à condition que le requérant se prévale d'un intérêt légitime<sup>120</sup>. En revanche, pour ce qui est du changement de sexe, celui-ci a été plus difficile à mettre en œuvre. En effet, la Cour de cassation était farouchement opposée à ce qu'une personne transgenre puisse conformer la mention de son sexe à l'état civil à son genre ressenti, ce qui revenait à nier la transidentité. Ainsi, dans un arrêt du 16 décembre 1975<sup>121</sup>, la Cour de cassation énonce qu'il est interdit de « prendre en considération les transformations corporelles » tout en refusant le changement de sexe à l'état civil de la personne concernée en justifiant sa décision par le

---

<sup>119</sup> définition du terme « état civil » issue du dictionnaire juridique : <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/etat-civil.php>

<sup>120</sup> loi n°55-1465 du 12 novembre 1955

<sup>121</sup> Cass. 1ère civ., 16 décembre 1975, D. 1976 p. 387

principe d'indisponibilité du corps humain. Dans cette lignée, en 1983<sup>122</sup>, elle maintient son refus soutenant que la morphologie du requérant mettait en évidence son sexe biologique, et ce, en dépit des opérations subies. En 1990, la Cour de cassation reconnaît médicalement l'existence du « transsexualisme » en le définissant comme le « sentiment profond et inébranlable d'appartenir au sexe opposé à celui qui est génétiquement, anatomiquement et juridiquement le sien », accompagné du « besoin intense et constant de changer de sexe et d'état civil », pour autant, ce syndrome ne justifie pas, selon elle, un changement de sexe à l'état civil. Ainsi, et quand bien même la personne transgenre aurait eu recours à de la chirurgie pour conformer son apparence à son genre ressenti, il n'était pas possible d'acquérir juridiquement le sexe revendiqué. Le sexe biologique était considéré comme immuable.

En 1992, la Cour de cassation a été contrainte de changer de paradigme suite à une condamnation de la France en violation de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme relatif à la vie privée et familiale par la Cour européenne des droits de l'homme<sup>123</sup>. Suite à cette condamnation, la Cour de cassation<sup>124</sup> considérait que le changement de sexe à l'état civil était possible seulement lorsque les conditions suivantes étaient remplies : la personne transgenre devait présenter le syndrome du transsexualisme, suivre un traitement médico-chirurgical, elle ne devait plus posséder tous les caractères de son sexe d'origine et devait avoir une apparence physique et un comportement social proche du sexe revendiqué. De plus, il était nécessaire que le requérant prouve « le caractère irréversible de la transformation de son apparence », entendu d'un point de vue médical. Pour ce faire, les personnes transgenres devaient se voir prescrire des traitements hormonaux stérilisants ou subir une intervention de réassignation sexuelle. Toutefois, les juges conservaient une appréciation arbitraire, c'est-à-dire que même si la personne transgenre remplissait parfaitement les conditions ci-dessus, elle n'était pas à l'abri de se voir opposer un refus de changement de sexe.

Depuis 2016<sup>125</sup>, les personnes transgenres n'ont plus à prouver l'irréversibilité de leur transformation pour accéder au changement de leur sexe à l'état civil. Et bien que ce processus soit devenu bien moins contraignant, dans la marge de l'acte de naissance est inscrit la mention de changement de sexe, levant ainsi le voile de la transidentité du concerné. Cette ingérence dans la vie privée de la personne transgenre n'est pas considérée par la CEDH comme attentatoire au droit au respect de la vie privée<sup>126</sup>.

---

<sup>122</sup> Cass. 1ère civ. , 30 novembre 1983, D 1984, p. 165, Note Edelmann

<sup>123</sup> CEDH, Affaire B. c./ France, 25 mars 1992, D., 1993, 101

<sup>124</sup> Cass. ass. plén., 11 décembre 1992, nos 91-11.900 et 91-12.373

<sup>125</sup> LOI n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle

<sup>126</sup> CEDH, 17 février 2022, Y v. POLAND, FIRST SECTION CASE OF Y v. POLAND, n° 74131:14

## **B- L'influence du droit international et européen sur l'évolution du droit à l'autodétermination français**

La Convention européenne des droits de l'homme consacre en son article 8 le droit au respect de la vie privée et familiale. C'est sur cette base que les requérants saisissent la Cour européenne des droits de l'homme lorsqu'ils estiment que l'État dont ils dépendent bafoue ce droit.

Ainsi, en 1992, une personne transgenre se voyant refuser son changement de sexe à l'état civil compte tenu de la législation française au moment des faits, a saisi la CEDH afin que la France soit condamnée. La CEDH est partie du postulat que le droit à « l'épanouissement personnel » dans la privée de l'intéressé, mais aussi dans sa vie sociale fait partie intégrante du droit au respect à la vie privée et familiale, que devoir produire des documents d'identité qui ne correspondent pas à son apparence physique était nuisible à son épanouissement personnel. La France est donc condamnée en violation de l'article 8 de la CEDH<sup>127</sup> et sera contrainte de faire évoluer sa législation.

En 2009, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe considère qu'il est contraire au respect de l'intégrité physique de la personne de subordonner le changement de la mention du sexe à l'état civil à une opération de stérilisation irréversible<sup>128</sup>. En effet, il serait faux de penser que toutes les personnes transgenres souhaitent médicalement changer de sexe. Il s'agit clairement d'une stérilisation prescrite légalement et imposée aux personnes transgenres.

C'est dans cette perspective qu'en 2010, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe adopte une recommandation<sup>129</sup> invitant les États à réévaluer leurs procédures internes de changement de l'état civil notamment en permettant une procédure de changement de sexe et de prénom « rapide, transparente et accessible ». De plus, la même année, l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe<sup>130</sup> demande aux États que le changement d'état civil ne soit plus subordonné à une intervention de réassignation sexuelle ou à la prise d'un traitement hormonal stérilisant, le Haut commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme y est également sensible<sup>131</sup>. Elle adopte une

---

<sup>127</sup> CEDH, arrêt du 25 mars 1992, B. c/ France

<sup>128</sup> Commissaire aux droits de l'Homme, Conseil de l'Europe, 29 juillet 2009, Droits de l'Homme et identité de genre

<sup>129</sup> Comité des ministres du Conseil de l'Europe, 31 mars 2010, *recommandation sur les mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre* (CM/Rec(2010)5)

<sup>130</sup> Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, 2010, Résolution 1728, *Discrimination sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre*

<sup>131</sup> Haut commissaire des droits de l'homme, Conseil des droits de l'homme, 17 novembre 2011, *rapport sur les lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre*

nouvelle résolution en 2013<sup>132</sup> puis en 2015<sup>133</sup> visant à « mettre fin aux stérilisations et castrations forcées » en invitant les États à réviser, si besoin, leur législation et leur politique.

Le rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants<sup>134</sup> demande même aux États d'abroger « toute loi qui autorise les traitements médicaux invasifs ou irréversibles, notamment la chirurgie normalisatrice de l'appareil génital imposée, la stérilisation involontaire, ainsi que les expérimentations non-conformes à l'éthique, les atteintes à la confidentialité des patients et les « thérapies réparatrices » ou « thérapies de conversion » pratiquées sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée ».

Une déclaration commune<sup>135</sup> de l'OMS, du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), du Haut commissaire aux droits de l'homme, de l'ONU femmes, de l'ONU sida, du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), et du fonds des Nations unies pour la population, publiée en mai 2014, invite à interdire la stérilisation forcée ou involontaire conformément au droit au respect de l'intégrité physique d'une personne, à l'autodétermination et au droit à la dignité humaine, et également pour lutter contre les discriminations à l'encontre des personnes transgenres. Compte tenu de ces éléments, dans une décision 6 avril 2017<sup>136</sup>, la CEDH condamne de nouveau la France en violation de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. Il était question de trois personnes transgenres françaises qui s'étaient vues opposer un refus lorsqu'elles ont demandé à ce que soit modifiée la mention de leur sexe et des prénoms de leur état civil. En effet, la jurisprudence française était constante et demandait à ce que la personne transgenre souhaitant modifier son état civil établisse la réalité d'un « syndrome transsexuel » et qu'elle démontre le caractère irréversible de sa transformation physique. C'est sur cette seconde condition que le CEDH constate une violation de la Convention européenne des droits de l'homme. Cette décision, bien qu'intervenant une fois la législation française modifiée<sup>137</sup>, permet à la CEDH de montrer sa ligne de conduite concernant le changement d'état civil des personnes transgenres aux États en retrait sur ces questions.

---

<sup>132</sup> Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, 26 juin 2013, résolution 1945, mettre fin aux stérilisations et castrations forcées

<sup>133</sup> Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, 22 avril 2015, résolution 2048, la discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe

<sup>134</sup> rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1 février 2013, rapport A/HRC/22/53

<sup>135</sup> Déclaration commune du HCDH, ONU Femmes, ONU sida, PNUD, UNFPA, UNICEF et OMS, éliminer la stérilisation forcée, coercitive et autrement involontaire

<sup>136</sup> CEDH, 6 avril 2017, A.P., Garçon et Nicot c. France, n° 79885/12, 52471/13 et 52596/13

<sup>137</sup> loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle

## **Paragraphe 2 - Le parcours de transition administrative modifié par la loi J21 de 2016**

Les procédures de changement d'état civil actuelles (A) apparaissent comme insuffisantes au regard du principe d'autodétermination et de l'exercice du droit au respect de la vie privée (B).

### **A- Les procédures actuelles de changement d'état civil**

Une personne transgenre peut modifier son état civil à deux échelles différentes : s'agissant de son prénom et s'agissant de son sexe. Les procédures pour modifier l'un ou l'autre sont différentes.

Ainsi, l'article 60 du Code civil dispose que « toute personne peut demander à l'officier d'état civil à changer de prénom. La demande est remise à l'officier d'état civil du lieu de résidence ou du lieu où l'acte de naissance a été dressé ». Le changement de prénom d'une personne mineure est également possible, lorsque le mineur est âgé de plus de treize ans, il faut recueillir son consentement personnel. L'officier d'état civil peut considérer que la demande du requérant ne revêt pas de caractère légitime, en ce cas, il en avise le procureur de la République qui pourra s'opposer au changement de prénom. Ainsi, la procédure devient simplement administrative, elle est accessible, rapide et complètement déjudiciarisée<sup>138</sup>, sauf à ce que la demande ne revête pas de caractère légitime.

Le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, engagé et attentif à la lutte contre la transphobie, a publié une circulaire pour « une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire »<sup>139</sup>. Dans une dynamique d'acceptation de soi et de l'autre et en tant que service public, l'école, se doit de veiller à ce que chacun des élèves puisse étudier dans les meilleures conditions. L'école « promeut le respect d'autrui et se fonde sur les valeurs de la République et donc d'un universalisme qui définit chacun non par son identité, mais sa dignité d'humain »<sup>140</sup>. Comme la transidentité concerne également l'école, avec des enfants qui se questionnent, parfois dès le plus jeune âge, sur leur identité de genre, il est permis par la présente circulaire que l'enfant utilise, à titre d'usage, le prénom qu'il entend porter.

Concernant le changement de la mention du sexe à l'état civil, celle-ci s'avère plus complexe. En effet, l'article 61-5 du Code civil dispose que « toute personne majeure ou mineure émancipée qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification. Les principaux faits, dont la preuve peut être rapportée par tout moyen,

---

<sup>138</sup> c'est-à-dire que le demandeur n'a pas à se présenter devant un juge pour effectuer un changement de prénom

<sup>139</sup> circulaire du 29 septembre 2021; MENJS - DGESCO « pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire »

<sup>140</sup> circulaire du 29 septembre 2021; MENJS - DGESCO « pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire »

peuvent être : qu'elle se présente publiquement comme appartenant au sexe revendiqué ; qu'elle soit connue sous le sexe revendiqué de son entourage familial, amical ou professionnel ; ou encore qu'elle ait obtenu le changement de son prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué ». L'article 61-6 du Code civil en précise les modalités. Ainsi, la demande doit être présentée au tribunal judiciaire. Contrairement au changement de prénom, il s'agit d'une procédure judiciaire qui est plus complexe et longue. De plus, lors de sa demande, le demandeur devra prouver que son consentement est libre et éclairé. Cet article précise également que la prise de traitements hormonaux, le recours à une intervention de réassignation sexuelle ou à une stérilisation ne sont plus des prérequis à la demande, et qu'au contraire, ils ne peuvent plus constituer un motif de refus. Ainsi, ce changement de sexe à l'état civil n'est plus corrélé à un changement médical de sexe.

Lorsque le demandeur satisfait les conditions, le tribunal fait droit à sa demande et ordonne la modification de la mention du sexe à l'état civil (et éventuellement le prénom lorsqu'il n'a pas déjà été modifié). Ainsi, est portée en marge de l'acte de naissance la mention de la décision de modification du sexe dans les quinze jours suivant la date de jugement<sup>141</sup>.

De plus, la procédure de changement de sexe est ouverte exclusivement aux personnes majeures ou aux mineurs émancipés. Pourtant, dans une décision de 2022<sup>142</sup>, la Cour d'appel de Chambéry a fait droit à la demande d'un mineur âgé de 17 ans et demi, avec le consentement de ses parents, de changer de sexe à l'état civil. En effet, elle a fait application du principe de proportionnalité en considérant qu'en l'espèce, refuser ce droit serait contraire au respect de sa vie privée au sens de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme.

La procédure de changement de prénom, à l'inverse de la procédure de changement de sexe, peut avoir un impact sur les tiers lorsque ceux-ci y consentent. De fait, le conjoint ou les enfants de la personne transgenre peuvent consentir à ce que la modification des prénoms de l'intéressé soit portée en marge de leur acte civil<sup>143</sup>. En revanche, la procédure de changement de sexe est sans incidence sur les filiations établies avant cette modification<sup>144</sup>.

Il s'agit d'une belle avancée juridique puisque la communauté transgenre a été entendue par nos législateurs (à la différence de la population intersexe). Il serait intéressant que la procédure de changement de sexe à l'état civil soit, à l'instar de la procédure de changement de prénom, complètement déjudiciarisée, permettant ainsi à l'intéressé d'être seul décisionnaire. On pourrait imaginer que l'intéressé fasse sa demande à l'officier d'état civil qui regarderait uniquement le caractère légitime de sa demande et qui en aviserait le procureur de la République dans le cas contraire (exemple : en cas de demandes récurrentes de changement d'un sexe à l'autre).

---

<sup>141</sup> article 61-7 Code civil

<sup>142</sup> CA Chambéry, 3e chambre, 25 janvier 2022, n° RG 21/01282

<sup>143</sup> article 61-7 Code civil

<sup>144</sup> article 61-8 Code civil

## **B- Insuffisantes au regard du principe d'autodétermination et de l'exercice du droit au respect de la vie privée**

L'identité de genre définie par chaque individu fait partie intégrante de sa vie et est l'aspect le plus fondamental de l'autodétermination, d'après les principes de Yogyakarta. Ainsi, aucun individu ne peut être forcé à subir une procédure médicale pour que son identité de genre soit reconnue légalement. L'autodétermination est le fait d'être acteur de sa vie, d'exercer sa vie sans influence externe. D'après ce principe, les personnes transgenres devraient être à même de modifier leur sexe à l'état civil sans être auditionnées par un juge. Toutefois, il existe une balance penchant, à l'heure actuelle, du côté de l'indisponibilité de l'état des personnes et de la sécurité juridique contre le principe d'autonomie des personnes. Permettre aux personnes transgenres de modifier leur sexe à l'état civil en mairie serait un gain de temps, d'énergie, serait plus simple et répondrait au principe d'autonomie des personnes, personnes qui sont en mesure d'être faces à un interlocuteur tel qu'un officier d'état civil pour leur énoncer le sexe dans lequel elles se revendiquent sans avoir à se rendre au tribunal et pouvoir se voir confronter à un refus. C'est notamment en ce sens que milite la communauté transgenre.

Pour exemple, depuis 2017, en Belgique notamment, la procédure de changement de sexe se fait administrativement, c'est-à-dire devant l'officier d'état civil, sur la base d'une double déclaration d'intention qui a pour finalité d'exprimer la conviction que le sexe mentionné dans l'acte de naissance ne correspond pas à l'identité de genre vécue intimement. La procédure de changement de sexe en Belgique était déjà administrative de 2007 à 2017 lorsque la personne transgenre avait à prouver sa conviction intime, constante et irréversible d'appartenir au sexe opposé. Le juge n'était donc a priori pas concerné par les demandes de changement de la mention du sexe à l'état civil.

Ainsi, il paraît opportun de s'inspirer de la Belgique pour permettre aux personnes transgenres de changer de sexe de façon autonome.

S'agissant du droit au respect de la vie privée, un requérant polonais<sup>145</sup> soutenait qu'il n'était pas respecté puisque la modification de la mention du sexe était faite en marge de son acte de naissance, révélant ainsi son sexe d'origine et lui occasionnant des souffrances morales. La CEDH n'a pour autant pas validé cet argument. Elle considère que la modification de l'identité de genre par une annotation en marge de l'acte de naissance de l'intéressé n'entre pas en violation des articles 8 et 14 de la Convention européenne des droits de l'homme. En statuant ainsi, elle laisse une marge de manœuvre à chaque État.

En France, la mention du sexe biologique apparaît uniquement lorsqu'est consulté une copie de l'acte de naissance. Pour que sexe biologique reste secret, il faut demander un extrait de l'acte de naissance.

---

<sup>145</sup> CEDH, 17 février 2022, Y c/ Pologne (n°74131/14).

## **Section 2 : L'évolution du droit à l'autodétermination au sein des législations étrangères**

Les législations étrangères prennent globalement en compte la transidentité, pour certaines favorablement (paragraphe 1) et pour d'autres plutôt défavorablement (paragraphe 2).

### **Paragraphe 1- La prise en compte de la transidentité au sein des législations étrangères**

Certaines législations étrangères sont en faveur des droits des personnes transgenres (A) et peuvent même aller jusqu'à la création d'un troisième genre ou d'un sexe neutre (B).

#### **A- les législations étrangères favorables aux personnes transgenres**

La reconnaissance de l'identité de genre a fait l'objet d'une évolution par étape à laquelle les organes internationaux et les législations nationales ont tenté de répondre. Ainsi, de plus en plus de pays permettent une reconnaissance du changement de sexe civil une fois le processus de conversion médicale achevé. En outre, de nombreux ordres juridiques ont supprimé les conditions, préalables au changement de sexe civil, de conversion et/ou de diagnostic, et ce, pour un plus grand respect de l'intégrité corporelle des personnes concernées.

Plusieurs États permettent aux requérants de demander à ce que la mention de leur sexe dans leur état civil soit modifiée, certaines procédures sont administratives et d'autres judiciaires.

Ainsi, au Québec, État fédéré du Canada, depuis 2017, il est possible de modifier son sexe sur les documents officiels en choisissant les mentions "F", "M" ou "X"<sup>146</sup>, et ce, sans avoir suivi un parcours de transition médicale. La procédure est administrative et se tient devant le directeur d'état civil. Son refus peut être contesté devant la Cour supérieure. La procédure de changement de sexe est également ouverte aux mineurs avec l'accord parental pour un mineur âgé de moins de 14 ans et par le mineur lui-même ou par les parents avec l'accord de l'enfant pour un adolescent de plus de 14 ans. Lorsque la demande est acceptée par le directeur d'état civil, est procédé à la modification de l'acte de naissance, de l'acte de mariage, de l'union civile.

Pour rappel, le Conseil de l'Europe a invité<sup>147</sup> les États européens à instaurer des procédures de modification de l'état civil « rapides, transparentes et accessibles fondées sur l'autodétermination » qui se définit, suivant ses termes, comme « la procédure d'accès à la reconnaissance juridique du genre reposant sur une déclaration de la personne concernée, sans exigence supplémentaire et sans qu'une tierce partie n'intervienne ».

Le Danemark est le premier pays européen à permettre la modification de la mention du sexe à l'état civil sans recours à une quelconque opération de réassignation ou de stérilisation ou injonction

---

<sup>146</sup> respectivement « femme », « homme » et « autre »

<sup>147</sup> Comité des ministres du Conseil de l'Europe, 31 mars 2010, *recommandation sur les mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre* (CM/Rec(2010)5)

de suivre un traitement hormonal. Ainsi, depuis 2014, les requérants danois peuvent demander à ce que soit modifiée la mention de leur sexe à l'état civil par voie administrative.

Le deuxième pays à se conformer aux attentes du Conseil de l'Europe, en date du 14 avril 2015, est Malte. Ainsi, la procédure repose uniquement sur l'intime conviction de chacun d'appartenir à tel ou tel sexe. La procédure de changement d'état civil a lieu devant un notaire qui sera formellement interdit de demander des renseignements médicaux pour faire droit à la demande du requérant. De plus, le processus est très rapide puisqu'il n'excède pas 30 jours. Lorsqu'est fait droit à la demande du requérant, un nouvel acte de naissance lui est remis. Les mineurs, accompagnés des représentants légaux, peuvent également demander à changer d'état civil empruntant la voie judiciaire pour faire primer l'intérêt supérieur de l'enfant. De plus, Malte a été désigné en 2019 comme le "meilleur pays européen pour les droits des minorités sexuelles ». Enfin, Malte fait entrer la reconnaissance de l'identité de genre dans sa Constitution.

L'Irlande promulgue, en 2015, une loi sur la reconnaissance de genre<sup>148</sup> permettant de changer d'état civil, sur simple déclaration, devant l'officier d'état civil. C'est le troisième pays européen à faciliter le changement de sexe à l'état civil.

Le Luxembourg permet d'effectuer une demande de changement de sexe auprès du ministère de la Justice. Pour ce faire, le requérant devra motiver sa demande par les éléments suivants : se présenter publiquement du sexe revendiqué, être connu sous le sexe revendiqué par sa famille, ses amis, les professionnels de son entourage ou par des associations ou encore avoir obtenu un changement de prénom.

De plus, le Portugal permet de changer la mention du sexe à l'état civil à partir de 16 ans sans obligation médicale. C'est le sixième pays européen à légiférer en ce sens suite à la recommandation du Conseil de l'Europe.

L'Islande a adopté une loi visant à améliorer les droits des transgenres à l'unanimité (45 voix pour, 0 contre, 3 abstentions). La Suisse, la Belgique, l'Espagne et la Grèce permettent également aux personnes transgenres de changer de sexe au profit du sexe revendiqué sans condition médicale.

## **B- Les solutions trouvées par différents États : l'introduction d'un sexe neutre ou d'un troisième genre**

En 2015, le Conseil de l'Europe avait demandé aux États européens « d'envisager de faire figurer une troisième option de genre sur les papiers d'identité des personnes qui le souhaitent » permettant ainsi aux individus de reconnaître pleinement leur identité de genre. C'est notamment chose faite dans certains pays européens mais aussi internationaux.

Ainsi, en Inde par exemple, il existe une minorité appelée « hijras » qui sont nés hommes ou intersexes et qui s'identifient comme des femmes. Une partie des hijras sont transgenres. Elles

---

<sup>148</sup> 15 juillet 2015, gender recognition Bill

vivent en marge de la société, ont un quotidien plus que complexe qui les contraint à se prostituer ou à mendier pour survivre. La Cour suprême Indienne, par une décision du 15 avril 2014, a reconnu l'existence d'un troisième genre en justifiant qu'il s'agissait d'une question de droits de l'homme et que chaque personne transgenre devait avoir accès aux mêmes droits que les personnes cisgenres. La Cour suprême ordonne au gouvernement et aux États fédérés de permettre aux transgenres de s'identifier par ce troisième genre neutre. Par conséquent, est prévue une catégorie de sexe « autre » sur les cartes d'électeurs.

Au Népal, à l'instar du Canada et du Royaume-Uni, est prévue, sur les documents de recensement décennal, une case pour un troisième genre. Le Népal a été en 2013 le premier pays au monde à reconnaître une catégorie réservée sur les documents officiels à un genre autre que femme ou homme. De plus, au Canada, il est également possible d'indiquer sur son passeport un troisième genre. Enfin, au Royaume-Uni, lors du recensement de 2021, était posée la question suivante « le genre auquel vous vous identifiez est-il le même que votre sexe enregistré à la naissance ? En cas de réponse négative, précisez votre genre ».

À Malte, l'inscription d'un troisième genre neutre est très simple et rapide, se faisant devant le notaire sur simple déclaration sur l'honneur.

En Australie, depuis 2014, pour que soit inscrit, sur les documents d'identité d'une personne, la mention d'un troisième genre, la personne concernée doit subir un examen médical. Cette catégorie est donc davantage destinée aux personnes intersexes qu'aux personnes transgenres et ne s'inscrit pas dans un processus d'autodétermination. De même, bien que novatrice en la matière en Europe, l'Allemagne a ajouté une catégorie « divers » aux documents administratifs sous réserve d'un justificatif médical.

Le Pays-Bas se questionne et envisage de réfuter une quelconque mention à un sexe sur les documents administratifs d'ici 2025. En effet, cette démarche viserait à faciliter la vie des personnes transgenres et intersexes et à ne plus cloisonner les individus au regard de leur sexe.

La France ne semble pas prête à passer le pas. Il faudrait repenser les notions de genre, de sexe et de binarité et faire évoluer les mentalités pour parvenir à un modèle inclusif. Toutefois, comme le dit justement combat le média<sup>149</sup>, « reconnaître l'identité de chacun·e passe aussi par la considération adéquate de son genre. De ce fait, une démarche d'inclusion est nécessaire. L'instauration d'un troisième genre administratif est donc une étape essentielle à la construction des individualités. [...] Dès lors, comment des États peuvent-ils prôner la démocratie et les droits humains en omettant de reconnaître une partie de la population ? ».

La CEDH considère que le refus des autorités françaises de remplacer la mention de « genre masculin » par « genre neutre » sur les documents administratifs d'un individu ne viole pas l'article

---

<sup>149</sup> Le Népal reconnaît un troisième genre dans son recensement : <https://combatlemedia.com/2021/10/25/le-nepal-reconnait-un-troisieme-genre-dans-son-recensement/>

8 de la Convention. La CEDH laisse donc une marge de manœuvre à chaque État sur ces nouvelles questions juridiques.

## **Paragraphe 2 - Les exemples de législations internationales défavorables aux droits des personnes transgenres**

Il demeure des législations qui restent conservatrices sur le changement de genre. On en trouve en Europe (A) ou à l'international (B).

### **A- Les législations européennes conservatrices**

Sept pays membres de l'Union européenne violent la Convention européenne des droits de l'homme en autorisant le changement d'état civil à l'unique condition qu'une intervention de réassignation sexuelle ou une stérilisation ait lieu. C'est le cas de la Finlande, de Chypre, de la Lettonie, de la Roumanie, de la République Tchèque, de la Slovénie ou encore de la Slovaquie<sup>150</sup>.

La Bulgarie va plus loin en interdisant complètement le changement d'état civil. En effet, la Cour suprême, en 2023, a annoncé que le changement d'état civil n'était pas autorisé compte tenu de la législation actuelle<sup>151</sup>.

À l'instar de la Bulgarie, la Hongrie, depuis une loi de 2020, interdit tout changement d'identité. Ainsi, par cette loi, le sexe de l'individu est inscrit à sa naissance au registre national des naissances, des mariages et des décès, inscription qui ne peut être modifiée ultérieurement. Ce faisant, un Hongrois est amené à garder les mêmes informations sur son état civil tout au long de sa vie. Cette loi a été vivement critiquée au niveau national comme international, notamment par Krisztina Tamás-Sáróy, chercheuse à Amnesty International, qui déclare que : « cette décision est un recul marqué pour la Hongrie et piétine les droits des personnes transgenres et intersexuées. Elles seront exposées à une discrimination encore plus forte et devront évoluer dans un environnement encore plus intolérant et hostile à l'égard de la communauté LGBTI ». La CEDH a eu l'occasion en trois ans de condamner à deux reprises la Hongrie en violation de l'article 8 de la Convention. C'est le cas, en 2020<sup>152</sup>, lorsque la Hongrie a interdit à un homme transgenre iranien de changer d'état civil sous prétexte qu'il n'avait pas d'acte de naissance hongrois donc aucune possibilité de procéder au changement de son sexe dans le registre des naissances. Enfin, en 2023<sup>153</sup>, étant donné

---

<sup>150</sup> Changer de genre civil dans les pays de l'UE : formalité ou parcours du combattant ? : <https://fr.euronews.com/2023/01/17/changer-de-genre-civil-dans-les-pays-de-lue-formalite-ou-parcours-du-combattant>

<sup>151</sup> Bulgarie : la Cour suprême interdit le changement de genre à l'état civil : <https://www.genethique.org/bulgarie-la-cour-supreme-interdit-le-changement-de-genre-a-letat-civil/>

<sup>152</sup> CEDH, Rana c. Hongrie, 17 juin 2020, requête n° 40888/17

<sup>153</sup> CEDH, R.K. c. Hongrie, 22 juin 2023, requête n° 54006/20

que la Hongrie interdit à ses ressortissants de modifier leur sexe sur leur acte de naissance. La CEDH a considéré que la Hongrie portait atteinte au droit des personnes transgenres au respect de la vie privée puisqu'elle ne leur permettait pas d'accéder à une procédure légale de changement de genre.

## **B- Les législations internationales conservatrices**

Du côté Ouest du globe, la situation des personnes transgenres peut également être délicate. De nombreux États fédérés des États-Unis<sup>154</sup>, à majorité républicaine, ont axé leur politique sur les questions LGBTQI+ et notamment sur la situation des personnes transgenres. Ces lois ont pris plusieurs formes : interdiction faite dans les écoles publiques de discuter de l'identité de genre, interdiction d'accéder aux toilettes du genre revendiqué, interdiction d'être membre d'une équipe sportive du genre revendiqué, interdiction, dans l'espace public, d'effectuer des performances de drag-queens et enfin, restriction de l'accès aux soins médicaux utiles à la transition de genre<sup>155</sup>. Il existe également des lois visant spécifiquement l'accès aux soins médicaux des personnes transgenres. C'est notamment le cas des lois restreignant ou interdisant leur accès pourtant nécessaire à une transition. L'Arkansas, en 2021, a été le premier État à adopter une loi de ce type, puis a été suivi par dix-neuf États. Ces lois visent généralement à interdire l'accès aux traitements médicaux et chirurgicaux de transition pour les mineurs transgenres. Elles peuvent aussi en restreindre l'accès pour des adultes en indiquant qu'elles ne seront pas remboursées par la sécurité sociale. Elles s'immiscent dans la vie privée et familiale des mineurs transgenres et de leurs parents, en prévoyant de priver de leurs droits parentaux, les parents soutenant leurs enfants dans cette démarche. Ensuite, elles peuvent prévoir des poursuites pénales à l'encontre des médecins prenant en charge des mineurs transgenres en situation de transition. Certaines associations LGBTQI+ ont contesté la constitutionnalité de ces lois en formant des recours en justice devant des cours fédérales. Ces recours ont mené à des décisions prononcées en référé et dans l'attente de jugements au fond. La Cour suprême pourrait avoir à se prononcer sur le caractère constitutionnel ou non de telles restrictions aux droits des personnes transgenres. En tout état de cause, la loi de l'Arizona visant à ne pas prévoir de remboursement par la sécurité sociale des soins liés à une transition a été validée.

---

<sup>154</sup> Alabama, Arizona, Arkansas, Floride, Géorgie, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiane, Mississippi, Missouri, Montana, Dakota du Nord, Oklahoma, Caroline du Sud, Dakota du Sud, Tennessee, Texas, Utah, Virginie-Occidentale et Wyoming.

<sup>155</sup> Les personnes transgenres ciblées par de multiples propositions de loi des Républicains pour restreindre leurs droits aux États-Unis : [https://www.lemonde.fr/international/article/2023/05/23/les-transgenres-cibles-par-de-multiples-propositions-de-loi-pour-restreindre-leurs-droits-aux-etats-unis\\_6174525\\_3210.html](https://www.lemonde.fr/international/article/2023/05/23/les-transgenres-cibles-par-de-multiples-propositions-de-loi-pour-restreindre-leurs-droits-aux-etats-unis_6174525_3210.html)

Pire encore, une loi du Montana « conditionne le sexe à l'état civil aux données biologiques »<sup>156</sup>. Un sénateur fervent défenseur de cette loi, Carl Glimm, déclare que « le sexe biologique est immuable, vous ne pouvez pas le changer ». Ainsi, les sexes sont déterminés par « l'indication biologique et génétique de l'homme ou de la femme », « sans tenir compte de l'expérience psychologique, comportementale, sociale, choisie ou subjective de la personne en matière de genre » précise la loi.

La Russie s'intéresse également à la transidentité, mais d'un regard déconsidéré. En effet, elle rejette, par l'adoption d'une loi, aux personnes transgenres la faculté de changer de sexe à l'état civil, d'adopter des enfants ou encore annule les mariages composés d'une personne transgenre. De plus, les personnes ayant subi une intervention de réassignation sexuelle ne peuvent conformer leur sexe revendiqué à leur état civil. Natalia Zviaguina, directrice d'Amnesty International pour la Russie s'insurge et déclare que « l'adoption de cette épouvantable législation transphobe témoigne d'un mépris absolu pour les droits fondamentaux des personnes transgenres dans la société russe »<sup>157</sup>.

## **CHAPITRE 2 : LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES SOINS LIÉS À LA TRANSIDENTITÉ DÉSORMAIS DÉPSYCHIATRISÉE**

L'initiale psychiatisation de la transidentité a laissé place à de nouveaux enjeux d'ordre administratif (section 1). De plus, depuis la dépsychiatisation, les frais liés à la transidentité peuvent désormais être intégralement remboursés au titre de l'ALD hors liste (section 2).

### **Section 1 : De la dépsychiatisation à l'avènement de nouveaux enjeux administratifs**

La dépsychiatisation de la transidentité a débuté en 2010 (paragraphe 1). Suite à ce combat, il existe de nouveaux enjeux administratifs en terme de facturation notamment (paragraphe 2).

#### **Paragraphe 1- L'approche initiale de la transidentité sous le prisme de la psychiatrie**

La transidentité fut initialement psychiatisée (A) pour être en cours de dépsychiatisation actuellement (B).

---

<sup>156</sup> États-Unis : une loi du Montana conditionne le sexe à l'état civil aux données biologiques : <https://www.lefigaro.fr/international/etats-unis-une-loi-du-montana-conditionne-le-sexe-a-l-etat-civil-aux-donnees-biologiques-20230525#:~:text=FOCUS%20%2D%20Le%2022%20mai%20dernier,ne%20pouvez%20pas%20le%20changer»>.

<sup>157</sup> Russie. L'adoption de dispositions législatives transphobes porte un coup terrible aux droits humains : <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2023/07/russia-adoption-of-transphobic-legislation-a-horrendous-blow-to-human-rights/#:~:text=Le%2014%20juillet%202023%2C%20la,interventions%20d'affirmation%20de%20genre.>

## A- Une transidentité initialement psychiatisée

La pathologisation peut être définie comme le fait d'attribuer un caractère pathologique, c'est-à-dire le contraire de « sain », à certaines conduites. Il peut s'agir de diagnostiquer et de traiter certaines personnes considérées comme désorientées, anormales ou encore malades du fait de leur trouble.

Traditionnellement, on considérait qu'il existait un trouble de « transsexualisme » qu'il fallait traiter. Ainsi, John Money et Robert Stoller<sup>158</sup>, psychiatres, et Harry Benjamin,<sup>159</sup> endocrinologue, se sont intéressés à la pathologisation du transsexualisme dans les années 1970. Il s'agissait d'expliquer par le prisme de la psychiatrie le phénomène de discordance de genre dont les personnes transgenres étaient atteintes. Ils partaient du postulat que le sexe biologique devait correspondre à l'identité de genre, dans le cas contraire, on parlait de discordance qu'il fallait traiter. Le transsexualisme, aussi dénommé « dysphorie du genre », sera ainsi ajouté au manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), publié par l'association américaine de psychiatrie, qui décrit et classe les troubles mentaux et à la classification internationale des maladies (CIM) instaurée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), instaurant un langage commun pour les professionnels à travers le monde. Toutefois, la pathologie du transsexualisme n'est qu'une hypothèse qui n'a jamais été démontrée et ne repose sur aucune preuve scientifique (exemple : marqueur génétique, test chimique, imagerie cérébrale, etc.). Le transsexualisme c'est avant tout des préjugés qui visent à supposer qu'une personne « normalement constituée » doit avoir une identité de genre qui corresponde à son sexe biologique. Dans le cas contraire, elle se fera diagnostiquer « transsexuelle » par un médecin, marquant son rôle de gatekeeper, plus à même de comprendre le ressenti de la personne que ladite personne elle-même concernée qui voit son autonomie réduite à néant dans cette procédure.

La pathologisation du transsexualisme se traduisait en France par la nécessité, pour la personne transgenre, d'être suivie par un psychiatre avant d'entreprendre une démarche administrative ou médicale de changement de genre<sup>160</sup>. Concrètement, la personne transgenre suivait un parcours composé de quatre étapes : elle devait consulter un psychiatre pour obtenir un certificat attestant du trouble de l'identité de genre, elle pouvait ensuite se voir prescrire des hormones et avoir recours à une intervention génitale puis demander à changer d'état civil auprès d'un tribunal<sup>161</sup>. Cette

---

<sup>158</sup> J. MONEY, "Gender role, gender identity, core gender identity: usage and definition of terms", *J. Amer. Acad. Psychoanalysis*, n° 1(4), 1973, pp. 397-403 ; R. J. STOLLER, *Sex and gender. The transsexual experiment*, vol. II, New York, Jason Aronson, 1975 ; R. J. STOLLER, *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*, France, Gallimard, 1978.

<sup>159</sup> H. BENJAMIN, *The transsexual phenomenon*, Dusseldorf, Symposium Publishing, 1999.

<sup>160</sup> *Rapport relatif à la situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, HAS, 2009

<sup>161</sup> MEIDANI A. et ALESSANDRIN A., *parcours de santé, parcours de genre*, presses universitaires du midi, 2018

procédure confondait la nécessité pour certaines personnes transgenres de se faire suivre par un psychiatre du fait de leur parcours de vie par l'obligation absolue pour accéder à une apparence physique et administrative conforme à leur ressenti.

De plus, il n'existe pas de recommandations claires à jour, ce qui laissait une part prépondérante au libre arbitre de chaque psychiatre de faire droit ou non aux demandes des patients transgenres.

En 2010<sup>162</sup>, sous l'impulsion du ministre de la santé<sup>163</sup>, le « trouble de l'identité de genre » est retiré de la liste des affections longues durées (ALD) 23 regroupant les « troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte ». Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé déclarait « qu'avec la publication d'un décret au Journal officiel, la France sort le transsexualisme de la catégorie des maladies mentales [...]. Cette déclassification du transsexualisme marque ainsi un tournant majeur, l'admission en ALD 23 étant vécue comme très stigmatisante pour les personnes transsexuelles ».

## **B- La nouvelle perception de la transidentité : la progressive dépsychiatriation**

Les associations transgenres ont d'abord été à l'origine du mouvement de dépsychiatriation de la transidentité. Elles ont été soutenues par des organes régionaux et internationaux défendant des droits de l'homme à l'instar de WAPTH, du Conseil de l'Europe, de l'OMS ou encore des principes de Yogyakarta.

L'association WAPTH<sup>164</sup>, un des organismes clé dans ce mouvement de dépsychiatriation, remarque que tout professionnel de santé qualifié peut évaluer les patients pour mettre en place un traitement d'hormonothérapie, sans qu'ils aient besoin de consulter un psychiatre. Cette association est composée de professionnels de santé engagés dans la démedicalisation de la transidentité, engagement qu'ils étayaient par des recherches, des recommandations de bonnes pratiques et de l'éducation à la transidentité et qui sont à l'origine des standards de soins connus sous le nom de « standards of Care » (SOC). Elle indique également que la psychothérapie pour les personnes transgenres doit être un choix, et non une obligation.

De plus, l'incongruence de genre, également appelée dysphorie du genre, est classée dans la CIM-11, entrée en vigueur en janvier 2022, dans les affections liées à la santé sexuelle et non plus dans les maladies mentales.

---

<sup>162</sup> Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du Code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée »

<sup>163</sup> Roselyne Bachelot

<sup>164</sup> WAPTH, soc 8

Le principe 18 de Yogyakarta défend les individus contre les abus médicaux, et interdit toute obligation « de subir une quelconque forme de traitement, de protocole ou de test médical ou psychologique, en raison de son identité de genre ». Ainsi, ce texte est complètement en défaveur de la psychiatrisation de la transidentité. Il est également recommandé aux États, dans ce principe, de « garantir qu'aucun traitement ou conseil, médical ou psychologique, n'aborde, explicitement ou implicitement, l'identité de genre comme une maladie devant être traitée, soignée ou supprimée »<sup>165</sup>.

L'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe partage la position des rédacteurs des principes de Yogyakarta et affirme que l'inscription, au sein des manuels de diagnostic internationaux, de la transidentité comme maladie, est une atteinte à la dignité humaine<sup>166</sup>. De plus, comme vu précédemment<sup>167</sup>, le Conseil de l'Europe invitait les États qui n'avaient pas déjà légiféré sur la question de lier le changement d'état civil à une opération génitale, à revoir leur législation.

Enfin, une loi du 31 janvier 2022<sup>168</sup> interdit les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne, aussi appelées « thérapies de conversion ».

L'IGAS recommande de garantir une prise en charge non psychiatrisante des personnes transgenres tout en conservant la faculté d'accéder à suivi psychiatrique en cas de besoin<sup>169</sup>. Ainsi, cela consisterait à ne plus faire de ces consultations psychiatriques un prérequis à la transition médicale, réduisant ainsi la durée totale de la transition médicale, tout en la rendant connue de tous pour que ceux qui s'estiment nécessaires puissent y accéder. Il peut aussi s'agir pour les médecins généralistes de repérer dans leur patientèle les personnes transgenres surexposées aux troubles dépressifs<sup>170</sup> pour les orienter vers des psychiatres.

---

<sup>165</sup> principe 18 de Yogyakarta

<sup>166</sup> Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, 22 avril 2015, résolution 2048, la discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe

<sup>167</sup> p.38

<sup>168</sup> LOI n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne

<sup>169</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, p.63

<sup>170</sup> *Accueillir et accompagner les personnes transgenres. Avec respect, sans préjugé.*, Revue prescrire n° 438, avril 2020, pp. 276-283

On parlera alors de psychothérapie de soutien, qui sera bien mieux vécue par la personne transgenre<sup>171</sup>.

## **Paragraphe 2 - Incongruences administratives et problèmes de facturation**

Parmi les nouveaux enjeux administratifs, figurent la modification de la cotation des actes qui ne tient pas compte de la transidentité (A) et de l'identification de l'utilisateur qui est actuellement compromise par son changement de genre (B).

### **A- La cotation des actes ne prenant pas en compte la transidentité**

Les professionnels de santé et établissements de santé, pour être rémunérés, doivent déclarer à l'Assurance maladie les actes qu'ils effectuent. Le système utilisé pour facturer les actes est la cotation de ces actes. Pour qu'un acte puisse être pris en charge par l'Assurance maladie, il doit obligatoirement figurer sur la liste des actes et prestations (LAP)<sup>172</sup>, définie à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale, composée de trois nomenclatures que sont la classification commune des actes médicaux (CCAM), la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM). La CCAM regroupe tous les gestes codés réalisés par les médecins et chirurgiens.

La CCAM contient des milliers de libellés qui sont organisés en seize chapitres constitués par système ou appareil. Ainsi, le chapitre 8 intitulé « appareil urinaire et génital » est constitué du sous chapitre « modification de la morphologie sexuelle » puis du paragraphe relatif aux « opérations pour transsexualisme ». Ainsi, dans la partie relative aux opérations pour transsexualisme on retrouve cinq libellés<sup>173</sup> chacun étant composé d'un code, d'une définition, d'une note et d'une indication sur l'éventuelle prise en charge par l'Assurance maladie. Au total, on dénombre 123 actes en lien avec une transition de genre. Toutefois, comme la CCAM est inadaptée aux spécificités de la chirurgie de réassignation, l'IGAS recommande<sup>174</sup> « d'adapter la nomenclature des actes aux problématiques rencontrées par les personnes transgenres en définissant des codes spécifiques à

---

<sup>171</sup> LORENDEAU A., *Difficultés d'accès aux traitements hormonaux pour les personnes trans en France description des principaux freins et enjeux du suivi par les médecins généralistes*, sous la direction de LAPADU-HARGUES E., 2019.

<sup>172</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>173</sup> JHLA001 : armature d'une néopénis

JHMA004 : phalloplastie par lambeau cutané tubulé pénien

JHMA007 : phalloplastie par lambeau cutané libre

JHMA008 : phalloplastie par lambeau inguinal pédiculé

JZMA001 : plastie des organes génitaux externes pour transsexualisme masculin

<sup>174</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, recommandation n°7, p. 69

certaines actes notamment chirurgicaux, propres aux parcours de transition et de permettre la prise en charge de tous les actes de la CCAM indépendamment du genre du patient à l'état civil pour faciliter notamment la prise en charge gynécologique et obstétricale des hommes transgenres et le suivi en urologie des femmes transgenres ». En effet, tout établissement soumis au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), permettant de collecter des données pour l'ensemble des hospitalisations en France avec pour intention le financement des établissements de santé, par la tarification à l'activité, et l'organisation de l'offre de soins, par la planification, doit utiliser le CCAM pour coder son activité. Ainsi, le PMSI comporte tant des données administratives qui traitent de l'identité du patient, de son séjour que médicales concernant les diagnostics, les actes qui sont codés selon la LAP. C'est au sein du PMSI que la transidentité peut poser des difficultés d'ordre administrative. Pour exemple, le PMSI permet de contrôler la conformité d'un acte avec le sexe d'un usager, or il existe des blocages de facturation s'agissant des actes réalisés uniquement au sexe féminin ou masculin, notamment pour facturer une échographie de la prostate à une femme, acte réservé aux hommes, prescrire une contraception œstroprogestative pour un homme ou encore pour facturer un frottis du col de l'utérus à un homme. Les professionnels de santé qui ont réalisé ces actes sur des personnes transgenres doivent contourner ce blocage en détournant l'acte pratiqué, c'est-à-dire en inscrivant un acte proche de celui réalisé qui convient au sexe à l'état civil de la personne. Cela a notamment pour conséquences de fausser les sondages, notamment en terme de prévention. Il paraît opportun de réviser le PMSI pour qu'il prenne en compte les situations transidentitaires.

Dans le même sens, lorsqu'une personne a changé de sexe à l'état civil tout en ayant conservé ses organes génitaux de naissance et qu'elle demande la prise en charge d'un acte à l'Assurance maladie, celle-ci peut lui répondre que « le code JHFA005 (relatif à une orchidectomie) n'est pas compatible avec votre sexe », ce qui oblige la personne transgenre à apporter la preuve de son sexe biologique afin d'être remboursée.

Ce qui est regrettable c'est que ces difficultés liées au codage du PMSI et de facturation de la CCAM sont récurrentes dans les cas des personnes transidentitaires, alors que la France a permis la prise en charge des traitements liés à la transidentité, une mise-à-jour de nos systèmes administratifs serait la bienvenue.

## **B- L'identification de l'utilisateur compromise par son changement de genre**

Pour que les soins prodigués dans un établissement de santé soient sécurisés, pour sécuriser l'information et pour permettre la continuité des soins, il est nécessaire de respecter des règles d'identitovigilance. L'identitovigilance est définie par la HAS comme « l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'utilisateur afin de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge. La bonne identification du patient constitue le premier acte d'un processus qui se prolonge tout au long de sa prise en charge par les différents professionnels de

santé impliqués, quels que soient la spécialité, le secteur d'activité et les modalités d'accompagnement ». La HAS détaille aussi les risques encourus en cas de mauvaise identification comme l'administration de soins au mauvais patient, l'inscription de données de santé dans le dossier médical d'un autre patient, la création de doublons de dossiers médicaux ou encore d'erreur de facturation.

Pour qu'un usager qui consulte plusieurs professionnels de santé dans différents établissements de santé soit identifié partout de la même façon, on s'intéresse à ses traits d'identification qui sont son nom de famille, ses prénoms, son sexe et sa date et lieu de naissance. Ces cinq traits permettent d'attribuer à chacun un matricule INS (identité nationale de santé) depuis janvier 2021. Le matricule INS a pour valeur soit le numéro d'inscription au répertoire de l'INSEE (NIR) soit le numéro d'immatriculation d'attente (NIA). Le matricule INS permet notamment à chaque établissement de santé de connaître l'identifiant d'un usager à partir de ses traits ou de vérifier ses traits d'identification sur présentation de la carte vitale. Le problème rencontré est que ces traits pourtant réputés permanents ne le sont en réalité pas obligatoirement, il est possible de changer de nom, de prénom et de sexe. Seuls la date et le lieu de naissance demeurent des traits immuables. Ainsi, lorsqu'une personne décide de modifier son sexe et ses prénoms à l'état civil, la mairie en informe l'INSEE pour que le NIR et son matricule INS soient modifiés en conséquence. Par conséquent, l'établissement de santé qui dispose dans son système d'information hospitalier (SIH) des identifiants permanents du patient (IPP) permettant d'identifier chaque individu, doit prendre garde à éviter les doublons d'identité. En effet, lorsqu'un patient transgenre, pour sa première prise en charge, se présente à un bureau d'administration d'un établissement de santé sous son ancien état civil, l'établissement lui attribue un IPP. S'il ne s'est pas représenté depuis et que son identité a été modifiée à l'état civil, qu'il n'en informe pas les agents en charge des admissions, un nouvel IPP lui sera attribué. Ces agents, en créant le dossier administratif du patient, interrogent le téléservice INSi pour récupérer et vérifier l'INS, donc s'apercevront qu'un IPP est déjà attribué à cet INS. Toutefois, avant 2021, il n'y avait pas de matricule INS, donc des doublons de dossiers patients ont vu le jour, occasionnant des difficultés dans la continuité des soins. Les cellules d'identitovigilance doivent veiller à ces cas de figure et les régulariser lorsqu'ils existent. Pour éviter la perte des données, certains ont proposé d'ôter le chiffre lié au sexe dans le matricule INS<sup>175</sup>.

De plus, les établissements de santé, dans leur SIH, contraints par le référentiel national d'identitovigilance (RNIV) sont dans l'obligation de lier la civilité d'une personne à son sexe, ce qui peut heurter les patients transgenres lorsqu'ils s'en aperçoivent. La solution trouvée par certains établissements est de créer une rubrique « sexe indéterminé » qui renvoie à la civilité « autre » .

---

<sup>175</sup> *Rapport d'analyse prospective, Sexe, genre et santé*, HAS, 2020

Par conséquent, l'identification des usagers dans notre système de santé n'est pas à même de satisfaire les revendications des personnes transidentitaires.

## **Section 2 : La transidentité : une affection pouvant être prise intégralement en charge au titre des affections longues durées hors liste (ALD HL)**

L'assurance maladie peut prendre en charge les soins liés à la transidentité lorsque le patient est en affection longue durée (paragraphe 1) mais également dans d'autres cas de figure plus exceptionnels (paragraphe 2).

### **Paragraphe 1- Les prérequis à la prise en charge de l'incongruence de genre au titre de l'ALD 31**

Pour que l'ALD soit délivrée au patient, le médecin généraliste doit établir un protocole de soins (A). De plus, désormais, un certificat psychiatrique n'est plus requis en supplément du protocole de soins pour faire droit au remboursement des soins au titre de l'ALD (B).

#### **A- L'établissement du protocole de soins par le médecin généraliste**

Lorsqu'un patient est atteint d'une pathologie qui nécessite un traitement long et onéreux, il peut faire une demande de prise en charge à 100% des soins liés à son affection à l'Assurance maladie au titre de l'affection longue durée (ALD) exonérante. Il existe une liste de 29 pathologies prises en charge à 100% par l'Assurance maladie au titre de l'ALD 30, mais il y a également les ALD dites « hors liste » (ALD 31) regroupant des maladies graves qui ne se trouvent pas parmi la liste ALD 30 et qui évoluent sur une durée prévisible supérieure à 6 mois. C'est au titre de l'ALD 31, que peut être pris en charge à 100% les soins liés à la transition de genre<sup>176</sup>, bien que la transidentité ne soit plus reconnue comme une pathologie<sup>177</sup>, étant particulièrement coûteux. Pour que les soins soient admis en ALD hors liste, « la prise en charge doit comprendre obligatoirement un traitement médicamenteux ou un appareillage et 2 critères parmi les 4 suivants doivent être remplis : des actes biologiques répétés, des soins paramédicaux réguliers, des actes techniques médicaux répétés ou encore une hospitalisation à venir »<sup>178</sup>. Toute personne transgenre qui justifie d'au moins trois actes considérés comme coûteux peut prétendre à une ALD 31.

---

<sup>176</sup> Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du Code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée »

<sup>177</sup> C'est à ce titre que les critiques vont bon train, certains considérant que l'ALD 31 ne devrait pas être ouverte aux personnes transgenres, puisque cette prise en charge n'est pas justifiée par une maladie, pathologie en l'espèce.

<sup>178</sup> Qu'est ce que le dispositif appelé affection longue durée (ALD) : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>

Au titre de l'ALD 31, les frais liés à la transidentité pris en charge en intégralité par l'Assurance maladie, sauf dépassement d'honoraires, n'ont pas à être avancés par le patient et recouvrent les soins suivants : le traitement hormonal, les rendez-vous de psychiatrie, d'endocrinologie, de kinésithérapie, les soins infirmiers, les prises de sang, les opérations liées au changement de sexe et la rééducation de la voix. La chirurgie de féminisation ou de virilisation du visage et/ou du cou, l'épilation définitive et la pose d'implants et de prothèses capillaires sont considérés comme relevant de l'esthétique donc ne sont pas pris en charge.

C'est le médecin traitant qui doit effectuer une demande d'ALD 31 pour son patient. Concrètement, il rédige un protocole de soins comprenant tous les soins et traitements nécessaires à la transition de genre, qu'ils soient remboursés intégralement au titre de l'ALD, remboursés aux taux habituels de la sécurité sociale ou non remboursés par l'Assurance maladie, et ce en se référant aux normes de la WPATH et en se basant sur les critères de diagnostic internationaux détaillés dans la CIM-11<sup>179</sup> et dans le DSM V<sup>180</sup>. Le médecin traitant ne peut se référer à un panier de soins de référence en cas de transidentité puisqu'il n'en existe pas. Un médecin conseil de l'Assurance maladie se prononcera, au plus tard trente jours après la demande, en faveur ou non d'une prise en charge intégrale d'une partie ou de la totalité des soins et traitements indiqués, avis rendu en fonction des recommandations de la HAS. Le médecin devra ensuite aviser le patient de la réponse de l'Assurance maladie<sup>181</sup>. Lorsque l'ALD 31 est refusée au patient, celui-ci peut, dans un délai de 30 jours, demander une expertise auprès du médecin conseil de sa caisse d'assurance maladie pour contester ledit avis.

A noter que les soins non pris en charge intégralement par l'Assurance maladie au titre de l'ALD, peuvent être remboursés par la sécurité sociale aux taux habituels, c'est le cas par exemple de la mastoplastie bilatérale d'augmentation. Par conséquent, lorsque le patient se voit refuser l'ALD 31, cela n'équivaut pas, pour lui, à une absence totale de prise en charge par la sécurité sociale.

Il serait opportun d'uniformiser la prise en charge de la transidentité par l'Assurance maladie, puisqu'actuellement l'accord d'ALD 31 est contingent et dépend de chaque caisse primaire

---

<sup>179</sup> « Les caractéristiques essentielles pour le diagnostic doivent être une forte aversion ou un inconfort avec ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires, ainsi qu'un fort désir d'être traité(e), de vivre, d'être accepté(e) et d'avoir les caractères sexuels primaires et/ou secondaires du genre vécu en raison d'une non-congruence avec le genre assigné. Le comportement de genre et les préférences seules ne sont pas suffisants pour établir un diagnostic ».

<sup>180</sup> « Le trouble se manifeste par des symptômes comme l'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe, l'adoption fréquente de conduites du sexe opposé ou/et la conviction que la personne possède les sentiments et réactions typiques de l'autre sexe. En second temps, doit se présenter « l'existence d'un inconfort persistant par rapport au sexe assigné ou d'un sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante ».

<sup>181</sup> le protocole de soins en pratique : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-ald-affection-longue-duree/protocole-soins-pratique>

d'assurance maladie, à travers un panier de biens de référence auquel on pourrait ajouter des prestations selon les cas de figure. En ce sens, l'IGAS recommande<sup>182</sup> à ce que soit inscrit, dans les futures recommandations de bonnes pratiques de la HAS sur la transidentité, les soins susceptibles d'être pris en charge dans le cadre de l'ALD 31.

### **B- L'achèvement de l'exigence casuelle des expertises psychiatriques comme préalable au remboursement par la sécurité sociale**

Certaines CPAM demandent<sup>183</sup>, en supplément du protocole de soins, que soit fourni un certificat psychiatrique pour faire droit à une demande de remboursement d'un soin ou d'un traitement d'un patient transgenre. Pourtant, l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale est explicite en mentionnant que « la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé (...) est subordonné à leur inscription sur une liste établie au présent article (sous-entendu la liste des actes et prestations (LAP)). L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation (...) ». Par conséquent la Cour de cassation<sup>184</sup> a dû réaffirmer que seules deux conditions devaient être réunies pour que le remboursement par l'Assurance maladie soit effectué, à savoir « que soit reconnu le caractère thérapeutique des actes réalisés » et « que les actes pratiqués figurent sur la nomenclature générale des actes professionnels »<sup>185</sup>. Le protocole de 1989 évoqué dans le rapport de la HAS de 2009 énonce<sup>186</sup> que la prise en charge par l'Assurance maladie de la chirurgie de réassignation sexuelle est possible s'il y a eu « un suivi pendant une période minimale de deux ans, par une équipe hautement qualifiée comportant un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien plasticien », « une rédaction par ces trois praticiens d'un protocole concluant au caractère indispensable des interventions médicales et chirurgicales envisagées » et enfin il faut « que cette prise en charge soit effectuée dans un établissement public de santé<sup>187</sup> ». Or comme l'énonce la HAS dans son rapport de 2009, bien qu'il s'agisse du seul outil accessible aux

---

<sup>182</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, recommandation n°4, p. 68

<sup>183</sup> LORENDEAU A., *Difficultés d'accès aux traitements hormonaux pour les personnes trans en France description des principaux freins et enjeux du suivi par les médecins généralistes*, sous la direction de LAPADU-HARGUES E., 2019.

<sup>184</sup> Cass, Civ 2, 27 janvier 2004, n°02-30.613

<sup>185</sup> La CCAM a succédé, au 1 janvier 2005, au catalogue des actes médicaux (CdAM) en milieu hospitalier et, pour les actes techniques des médecins, à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) en secteur libéral et hospitalier

<sup>186</sup> *Rapport relatif à la situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, HAS, 2009

<sup>187</sup> lettre ministérielle du 4 juillet 1989

caisses primaires d'assurance maladie, il ne repose sur aucune base légale. Par conséquent, une caisse primaire d'assurance maladie ne peut imposer du patient qu'il présente un certificat psychiatrique pour faire droit à sa demande de prise en charge. Récemment, le tribunal judiciaire de Lille<sup>188</sup> a dû une nouvelle fois rappeler « qu'aucune disposition légale ou réglementaire n'interdit la prise en charge financière par les organismes de sécurité sociale d'actes médicaux réalisés pour le traitement du syndrome de transsexualisme. Seules deux conditions cumulatives doivent être réunies pour que la prise en charge de la personne transsexuelle soit assurée, à savoir : que soit reconnu le caractère thérapeutique des actes réalisés et que les actes pratiqués figurent sur la nomenclature générale des actes professionnels ». Et ce, d'autant plus que la transidentité n'est plus considérée comme une maladie mentale depuis 2010. Le tribunal des affaires de sécurité sociale de Quimper soutenait alors que « la transidentité n'est plus répertoriée, ni considérée comme une maladie mentale et ne peut donc plus légalement faire l'objet d'une demande psychiatrique, le patient ayant désormais le choix de son suivi médical »<sup>189</sup>.

De plus, la mammectomie et la mastoplastie d'augmentation sont des interventions prises en charge par l'Assurance maladie au regard de la CCAM prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale. Les femmes transgenres, pour qui l'intérêt thérapeutique serait démontré, n'ont pas plus à produire un certificat psychiatrique que les femmes cisgenres. Affirmer l'inverse constituerait une violation de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme vue l'inégalité de traitement qu'il y aurait entre une femme transgenre et une femme cisgenre dans la démarche de remboursement de leurs soins.

Enfin, les recommandations de l'IGAS ont été entendues en ce qui concerne leur souhait que l'accès à l'ALD 31 pour incongruence de genre ne soit plus conditionné à la production d'un certificat psychiatrique<sup>190</sup>. En effet, le médecin conseil national de l'Assurance maladie a, dans un message destiné aux CPAM de France en date du 12 décembre 2022, annoncé que « dans le cadre de la gestion des demandes d'ALD (affection longue durée) hors liste pour prise en charge d'un accompagnement médical transgenre chez l'adulte, il n'y a pas lieu de réclamer la production d'un certificat psychiatrique. Nous vous remercions de veiller à ce que cette consigne soit strictement appliquée par les personnes de vos services traitant ces demandes d'ALD ». En réalité, en plus du protocole de soins établi par le médecin traitant, certaines caisses demandaient à ce que soit fourni un certificat psychiatrique pour prouver la transidentité. Cette prise de parole par le médecin conseil national de l'Assurance maladie était vivement attendue.

---

<sup>188</sup> tribunal judiciaire de Lille, 31 janvier 2022, n°21/02217

<sup>189</sup> Tribunal des affaires de sécurité sociale de Quimper, 19 mars 2018, n°238-18

<sup>190</sup> PICARD H., JUTANT S., *rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022, recommandation 3, p. 68

## **Paragraphe 2 - La possible prise en charge extensive par l'assurance maladie**

L'assurance maladie peut prendre à sa charge, sous certaines conditions, les frais liés à la prescription de produits hors autorisation de mise sur le marché (A) mais aussi les frais liés aux soins reçus à l'étranger (B).

### **A- Le remboursement des produits hors autorisation de mise sur le marché**

Suivant l'article L. 162-17 du Code de la sécurité sociale, ouvrent droit au remboursement, par les caisses d'assurance maladie, les médicaments qui figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. L'article R. 163-2 du même Code relatif aux médicaments remboursables précise que « l'arrêté mentionne les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments ». Pour qu'un médicament soit inscrit sur cette liste, doit être regardé son service médical rendu (SMR) qui comprend « l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique »<sup>191</sup>.

Comme vu précédemment, l'hormonothérapie sera prescrite hors autorisation de mise sur le marché, compte tenu de la liberté de prescription du médecin.

En principe, un médicament hors AMM n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie. Toutefois, à titre dérogatoire, l'accès compassionnel, médicament qui n'est ni innovant ni destiné à obtenir une AMM mais qui répond à un besoin thérapeutique non couvert, peut être pris en charge par l'Assurance maladie<sup>192</sup>. L'accès compassionnel peut être demandé lorsque le médicament est disponible en France, qu'il dispose d'une AMM dans d'autres indications et qu'il fait l'objet d'une prescription hors AMM bien établie en France. Il s'agit alors d'un cadre de prescription compassionnelle (CPC). Dans ce cas, les médicaments sont automatiquement pris en charge par l'Assurance maladie à 100%. Il serait opportun de faire cette demande à l'ANSM pour l'hormonothérapie, puisqu'il s'agit d'un médicament qui est disponible en France, qui dispose d'une AMM dans d'autres indications (comme dans la lutte contre un cancer) et qui fait l'objet d'une prescription hors AMM en France pour les personnes transgenres.

---

<sup>191</sup> R. 163-3 Code de la Sécurité sociale

<sup>192</sup> Autorisation d'accès précoce, autorisation d'accès compassionnel et cadre de prescription compassionnelle : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/article/autorisation-d-acces-precoce-autorisation-d-acces-compassionnel-et-cadre-de>

De plus, en cas de prescription hors AMM, le médecin prescripteur peut prendre l'attache du médecin conseil de la Sécurité sociale qui peut, sous sa responsabilité propre, accepter le remboursement du traitement<sup>193</sup>.

Enfin, l'article L. 162-17-2-1 du Code de la sécurité sociale prévoit que « tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre de biens et de services remboursables lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. Le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du Code de la santé publique ».

Il paraît judicieux de faciliter l'obtention de l'ALD 31 aux personnes transgenres, permettant un remboursement complet de l'hormonothérapie ou d'étendre le champ de l'AMM de l'hormonothérapie pour la prise en charge de la transidentité car il s'agit d'un médicament coûteux que doit supporter une population souvent précaire. Ainsi, l'étude réalisée par Alice LORENDEAU<sup>194</sup> met en avant que 21,6 % des personnes interrogées ont dû payer des passements d'honoraires, et que 29,38 % ont dû payer des hormones sans possibilité de remboursement par la Sécurité sociale, ce qui représente presque une personne sur trois des personnes interrogées.

## **B- Le remboursement des frais médicaux reçus à l'étranger**

Les patients transgenres et les caisses d'assurance maladie sont confrontés à la question de la prise en charge financière des opérations réalisées à l'étranger.

En effet, il est possible de bénéficier, après autorisation préalable, d'une prise en charge par la sécurité sociale des soins programmés réalisés dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou au Royaume-Uni. Dans ce cas, avant son départ pour réaliser son opération, la personne transgenre doit demander une autorisation de prise en charge, à la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement, pour les soins nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation ou le recours à des équipements lourds<sup>195</sup>. Pour que la caisse primaire d'assurance maladie donne son aval, il faut que le patient soit hospitalisé au moins une nuit, « que les soins nécessitent le recours aux infrastructures ou aux équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, qui figurent sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. », que « la prise en

---

<sup>193</sup> B. AVOUAC, *La prescription hors AMM et remboursement par la sécurité sociale*, 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier

<sup>194</sup> LORENDEAU A., *Difficultés d'accès aux traitements hormonaux pour les personnes trans en France description des principaux freins et enjeux du suivi par les médecins généralistes*, sous la direction de LAPADU-HARGUES E., 2019.

<sup>195</sup> article 20 §1, §2 et §3 du Règlement (CE) n° 883/04

charge des soins envisagées soit prévue par la réglementation française », que « les soins soient appropriées à l'état de santé du patient » et enfin qu'un « traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne puisse pas être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé actuel du patient et de l'évolution probable de son affection » conformément à l'article R. 160-2 du Code de la sécurité sociale.

En cas d'accord, lui sera remis un document intitulé « formulaire S2 - droit aux soins programmés » qui permet d'attester qu'elle est autorisée à recevoir un traitement médical planifié dans un pays de l'Union européenne, en Suisse ou au Royaume-Uni. Étant entendu que l'absence de réponse à l'expiration du délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la demande est assimilée à une autorisation. Le document « formulaire S2 - droit aux soins programmés » permet au bénéficiaire de disposer des soins indiqués à la réglementation et la tarification locales.

En cas de désaccord de la caisse, la décision de refus doit être suffisamment motivée et est susceptible de recours devant le tribunal judiciaire. Bien souvent, les CPAM arguent comme argument principal que la réassignation sexuelle est inscrite à la liste des actes et des prestations (LAP) donc refusent de prendre en charge ces interventions réalisées à l'étranger.

De plus, le remboursement des soins programmés notamment les soins en ambulatoires courant, ne sont pas soumis à l'autorisation préalable de la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement.

Quant aux opérations réalisées en dehors de l'Union européenne, de la Suisse ou du Royaume-Uni, leur prise en charge peut être acceptée à titre exceptionnel par les CPAM après accord du médecin conseil national de l'Assurance maladie, et ce lorsque le patient a justifié avec son médecin traitant que ladite prise en charge n'est pas envisageable en France. Dans ce cas, le silence de la CPAM vaut refus.

## Conclusion :

En conclusion, ce mémoire sur le changement de genre en droit français met en lumière un domaine en pleine mutation et souligne les enjeux, les pratiques remarquables, les succès, mais aussi les difficultés et perspectives d'amélioration dans la reconnaissance et la défense des personnes transgenres. Ainsi, au fil des années, la législation française est passée d'une approche pathologisante et limitative à une reconnaissance en cours de la communauté transgenre.

Le cadre législatif du changement de genre a été marqué par de récentes réformes, notamment par la loi J21, qui a permis de faciliter la procédure de changement de sexe à l'état civil afin que cette procédure soit davantage adaptée et respectueuse des droits fondamentaux des personnes transgenres. Toutefois, cette procédure est actuellement encore judiciairisée, ce qui empêche une totale autodétermination des personnes transgenres, laisse des acteurs extérieurs, à l'instar des juges, s'immiscer dans leur vie privée et leur fait naître un doute sur l'exécution du changement de sexe à l'état civil.

De plus, le droit français continue de présenter certaines de ses limites notamment en termes d'absence de reconnaissance d'identités non-binaires. Le cadre juridique binaire comme il existe actuellement ne permet pas de refléter en totalité la société et délaisse certaines minorités.

Enfin, d'un point de vue médical, des efforts majeurs sont à faire concernant la connaissance par les professionnels de la transidentité et l'accès aux soins qu'ils soient généraux ou spécialisés.

Parallèlement à la question du changement de genre, l'intersexualité en droit français soulève également des enjeux complexes qui nécessitent une certaine attention.

Pour rappel, l'intersexualité est le fait pour un individu de naître, selon le Conseil d'État<sup>196</sup>, avec « des variations du développement génital renvoyant à des situations médicales congénitales caractérisées par un développement atypique du sexe chromosomique (ou génétique), gonadique (c'est-à-dire des glandes sexuelles, testicules ou ovaires) ou anatomique (soit le sexe morphologique visible) ». En 2017, en France, on comptait 4000 « opérations de conformation sexuée sur des enfants de moins de cinq ans » sachant qu'en raison d'erreurs de codage, toutes n'ont pas été enregistrées<sup>197</sup>.

Ainsi, les personnes intersexuelles sont confrontées à des prises en charge médicale et administrative particulières.

---

<sup>196</sup> Conseil d'Etat, section du rapport et des études, 28 juin 2018, *révision de la loi bioéthique : quelles options pour demain ?*

<sup>197</sup> La revue du praticien, prise en charge de l'intersexuation en France, 18 décembre 2020

Lorsqu'un enfant potentiellement intersexe est identifié, il est directement orienté vers un centre de référence des maladies rares où il aura une prise en charge multidisciplinaire. Cette orientation présente l'avantage d'une réelle expertise et donc d'une prise en charge optimale, qui jusqu'à lors était assurée par une équipe de soins quelconque qui ne présentait pas les connaissances suffisantes à la situation. Ce centre aura pour mission d'établir un diagnostic ainsi que des propositions thérapeutiques, y compris d'abstention thérapeutique, et leurs conséquences prévisibles<sup>198</sup>. Toutefois, il existe seulement quatre centres se situant à Lyon, Paris, Lille et Montpellier, ce qui complexifie l'accès aux soins pour tous.

Lorsque l'enfant est nourrisson, ses parents seront informés par ledit centre des choix qui s'offrent à eux, ils doivent recevoir une information complète pour procéder à un choix éclairé, à savoir réaliser une intervention chirurgicale, lui administrer un traitement médical au long cours pour « normaliser » son apparence ou s'abstenir. L'équipe du centre de référence chargée de la prise en charge de l'enfant assure un accompagnement psychosocial approprié de l'enfant et de sa famille.

Les pratiques chirurgicales en la matière sont controversées puisque, pour certains cas, il n'y a pas de nécessité purement thérapeutique, et lorsque l'enfant concerné est un nourrisson, il ne peut donner son consentement. Ainsi, l'article L. 2131-6 du Code de la santé publique n'impose pas le consentement de l'intéressé, contrairement à ce qu'avait préconisé le Conseil d'État dans son rapport<sup>199</sup>. Il recommandait que les interventions chirurgicales ayant un intérêt purement esthétique soient retardées jusqu'à ce que l'enfant soit en mesure d'exprimer sa volonté et de participer à la décision.

En revanche, lorsque l'enfant intersexe est en âge de donner son consentement, il doit participer à la prise de décision après avoir reçue une information complète, de la part du centre, de manière à réaliser un choix éclairé. De plus, un accompagnement psychosocial doit lui être proposé ainsi qu'à sa famille.

Cette pratique, à l'instar de la circoncision rituelle, n'est pas bénigne et est mutilante. En effet, il existe des risques physiques lors de la réalisation de l'intervention chirurgicale que ce soit au niveau de l'anesthésie, des risques d'infection, de complications, sachant qu'il y aura nécessité de réaliser un nouveau geste chirurgical jugé comme traumatique par les concernés<sup>200</sup>, mais aussi des risques concernant les traitements médicaux pris au long cours, comme des séquelles psychologiques apparaissant au décours.

---

<sup>198</sup> L. 2131-6 Code de la santé publique

<sup>199</sup> Conseil d'Etat, section du rapport et des études, 28 juin 2018, *révision de la loi bioéthique : quelles options pour demain ?*

<sup>200</sup> La revue du praticien, prise en charge de l'intersexuation en France, 18 décembre 2020

Au sujet des complications dues à la suite d'une intervention chirurgicale en cas de variation du développement sexuel, le Défenseur des droits recommande de mettre en place une indemnisation « via un fonds d'indemnisation, sur le modèle de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux »<sup>201</sup>.

Les enjeux des opérations de conformation sexuée sont décrits par les professionnels de santé de ces centres comme visant à « réduire le risque de stigmatisation liée à l'anatomie atypique », de « permettre des rapports sexuels de pénétration », et de « favoriser le développement d'identités « personnelles » et « sociales » en fournissant une anatomie qui concorde avec l'identité de genre »<sup>202</sup>. Ces enjeux questionnent d'un point de vue éthique. Pourquoi faudrait-il, en dehors de nécessités médicales, conformer le corps d'un enfant aux normes sociales ? Faudrait-il rappeler l'un des principes majeurs de l'éthique à savoir le principe de non-malfaisance ?

D'un point de vue administratif, lors de la naissance d'un enfant, les parents doivent déclarer le sexe dudit enfant. Concernant les enfants intersexes, il existe une dérogation par le Code civil qui prévoit « qu'en cas d'impossibilité médicalement constatée de déterminer le sexe de l'enfant au jour de l'établissement de l'acte, le procureur de la République peut autoriser l'officier de l'état civil à ne pas faire figurer immédiatement le sexe sur l'acte de naissance. L'inscription du sexe médicalement constaté intervient à la demande des représentants légaux de l'enfant ou du procureur de la République dans un délai qui ne peut être supérieur à trois mois à compter du jour de la déclaration de naissance. Le procureur de la République ordonne de porter la mention du sexe en marge de l'acte de naissance et, à la demande des représentants légaux, de rectifier l'un des ou les prénoms de l'enfant »<sup>203</sup>. Toutefois, à l'instar de la transidentité, cette approche binaire ne prend pas en compte la réalité des personnes intersexes et renie leur existence.

Ainsi, le droit français doit proposer des évolutions afin d'assurer une meilleure protection des personnes des minorités sexuelles, précisément celles dont l'identité de genre ou les caractéristiques sexuelles ne correspondent pas aux normes sociales majeures.

---

<sup>201</sup> Défenseur des droits, fiche réforme n°09 : l'intersexualité

<sup>202</sup> Gorduza DB, Quigley CA, Caldamone AA, Mouriquand PDE. Surgery of anomalies of gonadal and genital development in the “post-truth era”. *Urol Clin North Am* 2018;45:659-69

<sup>203</sup> article 57 du Code civil

## Normes juridiques

### ★ Codes

Code de la santé publique

Code de la sécurité sociale

Code pénal

Code civil

### ★ Lois

Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits

Loi n°55-1465 du 12 novembre 1955

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

Loi n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel

Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle

Loi n° 2022-401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte

### ★ Décret

Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du Code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée »

### ★ Circulaire

Circulaire du 29 septembre 2021; MENJS - DGESCO « pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire »

## **Bibliographie**

### **★ Ouvrages généraux**

KELLER C., MOQUET-ANGER M-L. et VILLENEUVE P., *Droit hospitalier*, 2e éd., Presses de l'EHESP, 2021

MARAIS A., *Droit des personnes*, 4e éd., Dalloz, 2021.

CORNU G., *Vocabulaire juridique*, PUF, 2017 (publication de l'association Henri Capitant).

### **★ Ouvrages spécialisés**

BERGOIGNAN ESPER C., SARGOS P., *les grands arrêts du droit de la santé*, 2e éd., 2016.

CHAUMET Pierre-Olivier, *Le transgenre : une histoire de tous les temps ?*, LEH Édition, 2015

FAUCHER P., HASSOUN D., LINET T., *santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT*, Elsevier, 2023

LAUDE A., TABUTEAU D., *les droits des malades*, PUF, édition Que sais-je ?, 2e éd., 2018.

MEIDANI A. et ALESSANDRIN A., *parcours de santé, parcours de genre*, presses universitaires du midi, 2018

CROCQ M-A., GUELFY J-D., *DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Elsevier Masson, 2015.

### **★ Thèse**

LORENDEAU A., *Difficultés d'accès aux traitements hormonaux pour les personnes trans en France description des principaux freins et enjeux du suivi par les médecins généralistes*, sous la direction de LAPADU-HARGUES E., 2019.

## ★ Mémoires

HUART P., *Le droit à la santé des personnes trans. D'une « dépathologisation » de la reconnaissance civile de l'identité de genre à une « dépathologisation » de la prise en charge médicale des personnes trans\* ?*, Faculté de philosophie, arts et lettres, Université catholique de Louvain, 2020.

PEZZA M., *la place de l'usager transgenre dans le système de soin*, Master 2 AMOS, EHESP, 2022.

SCHNEIDER H., *la prise en charge de la transidentité*, sous la direction de CASTAING C., 2013.

## ★ Articles

AFTASSI D., *pas de métamorphose à l'état civil !*, 2021

ALESSANDRIN A., *la transphobie en France, insuffisance du droit et expérience de discrimination*, cahier de genre, p. 193-212, 2016.

AMMATURO F-R., *le sujet juridique homosexuel et transgenre dans la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme*, 2016

BARANSKA V., ALESSANDRIN A., DAGORN J., MEIDANI A., RICHARD G. et TOULZE M. (dir.) (2020), *Les minorités de genre et de sexualité face aux soins*, Éd. Le bord de l'eau, Dans Cahiers de la LCD 2020/2 (N° 13), p. 140-145, 2020

BONNIN O., *le sida chez les transsexuels : les trans, invisibles jusque dans la lutte contre le sida*, journal du sida (n°182), 2006

CLOUET J., *Transition de genre : réflexion critique sur l'autonomie décisionnelle de l'enfant transgenre*, revue de droit de l'université de Sherbrooke, 2022

CONDAT A. et COHEN D., *la prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques*, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, décembre 2022

DARMON L., *santé des trans : premières données françaises*, journal du sida (n°208 2008/09), 2008

DUBOIS-HARVARD L., DAURAT M. , *réflexion éthique autour d'un cas clinique : élève et transgenre dans l'armée française, quel cadre met en place ?*, 2023.

ELIACHEFF C. et MASSON C., *l'enfant transgenre, une mystification contemporaine?*, les cahiers de la justice, p. 555-557, 2021.

ESKENAZI D., WILLIAMS S., DE SANNA M-L., VALENTIN M., *questions trans et droit de la famille : approches européennes comparatives*, 2023.

FAUCHER P., HASSOUN D., LINET T., *santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT*, Elsevier, 2023

FLEURY C., *les pathologies de la démocratie*, Paris, Fayard, 2005

GALLUS N., *L'enregistrement du nouveau sexe de la personne transgenre, L'évolution en droit belge : entre l'exigence du respect de la vie privée et la sécurité juridique de l'organisation de l'état civil*, Revue trimestrielle des droits de l'homme, 2023.

GARZO M-A., *XVIIe conférence internationale sur le sida : les transgenres organisent leur lobby*, journal du sida (n°209), 2008.

GORDUZA DB., QUIGLEY CA, CALDAMONE AA, MOURIQUAND PDE. *Surgery of anomalies of gonadal and genital development in the "post-truth era"*. Urol Clin North Am 2018;45:659-69

GOUILHERS S., GARDEY D., ALBOSPEYRE-THIBEAU R., *de la stérilisation imposée à la préservation de la fertilité des personnes transgenres : les médecins au travail*, dans travail, genre et sociétés 2023/2 (n°50)

HENNION JACQUET P., *le paradigme de la nécessité médicale*, RDSS, 2007.

MOTMANS J., DE BIOLLEY I. et DEBUNNE S., *Être transgenre en Belgique : un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, Institut pour l'égalité des hommes et des femmes, 2009.

PARICARD S., *Transidentité et filiation : un premier positionnement de la CEDH*, 2023.

RICHARD C., *L'accès à l'AMP des personnes trans. Transparente et transfilia*, éd. l'institut droit et santé, de l'université de Paris cité, 2020,

SARTON O., *un mineur peut-il consentir à un parcours de transition médicale*, 2022.

SCRIME S., *inégalités des soins aux personnes transgenres atteintes du cancer : recommandations en faveur de changements*, revue canadienne des soins infirmiers en oncologie, 2019.

*Accueillir et accompagner les personnes transgenres. Avec respect, sans préjugé.*, Revue prescrire n° 438, avril 2020, p. 276-283

#### ★ Directive :

Directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil, dénommée refonte, du 5 juillet 2006 relative à la mise en oeuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail

#### ★ Résolutions :

Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, 2010, Résolution 1728, *Discrimination sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre*

Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, 26 juin 2013, résolution 1945, *mettre fin aux stérilisations et castrations forcées*

Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, 22 avril 2015, résolution 2048, *la discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe*

#### ★ Avis :

Avis 136 du CCNE en date du 15 avril 2021, l'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin,

Conseil d'Etat, section du rapport et des études, 28 juin 2018, *révision de la loi bioéthique : quelles options pour demain ?*

**★ Rapports :**

Rapport A/HRC/22/53, rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1 février 2013

Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans, PICARD H., JUTANT S., avec l'appui de GUEYDAN G., IGAS, 2022

Rapport sur les lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, Haut commissaire des droits de l'homme, Conseil des droits de l'homme, 17 novembre 2011.

Rapport d'analyse prospective, Sexe, genre et santé, HAS, 2020

Rapport relatif à la situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France, HAS, 2009

Recommandation sur les mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre (CM/Rec(2010)5), Comité des ministres du Conseil de l'Europe, 31 mars 2010

**★ Divers :**

Commissaire aux droits de l'Homme, Conseil de l'Europe, 29 juillet 2009, Droits de l'Homme et identité de genre

Fiche d'orientation Dalloz, le corps humain, 2024

Déclaration commune du HCDH, ONU Femmes, ONU sida, PNUD, UNFPA, UNICEF et OMS, éliminer la stérilisation forcée, coercitive et autrement involontaire

Fiche pratique sur le respect des droits des personnes trans de la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT, 2019

Fiche réforme n°09, Défenseur des droits : l'intersexualité

Parcours de transition des personnes transgenres, DHENAIN M., note de cadrage de l'HAS, 2022

Recommandations de bonnes pratiques de la HAS, aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures, 2018

Synthèse : la notion juridique de l'acte médical, Lexbase, 2024

### ★ Sitographie :

Bulgarie : la Cour suprême interdit le changement de genre à l'état civil : <https://www.genethique.org/bulgarie-la-cour-supreme-interdit-le-changement-de-genre-a-letat-civil/>

Changer de genre civil dans les pays de l'UE : formalité ou parcours du combattant ? : <https://fr.euronews.com/2023/01/17/changer-de-genre-civil-dans-les-pays-de-lue-formalite-ou-parcours-du-combattant>

Conseil constitutionnel, commentaire de la décision 2022-1003 QPC du 08 juillet 2022 : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2022/20221003QPC.htm>

Dictionnaire juridique : <https://www.dictionnaire-juridique.com>

États-Unis : une loi du Montana conditionne le sexe à l'état civil aux données biologiques : <https://www.lefigaro.fr/international/etats-unis-une-loi-du-montana-conditionne-le-sexe-a-l-etat-civil-aux-donnees-biologiques-20230525#:~:text=FOCUS%20%2D%20Le%202022%20mai%20dernier,ne%20pouvez%20pas%20le%20changer.>

Genre et santé, OMS, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=Par%20«genre»%2C%20on%20entend,un%20contexte%20socio%20culturel%20donné.>

Hongrie. Les juridictions européennes font preuve de fermeté contre les politiques d'asile illégales et les violations des droits des personnes transgenres : <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2023/06/hungary-european-courts-stand-firm-against-authorities-unlawful-asylum-policies-and-violations-of-transgender-rights/>

L'Allemagne reconnaît l'existence d'un « troisième sexe » : [https://www.lemonde.fr/international/article/2018/12/14/l-allemande-reconnait-l-existence-d-un-troisieme-sexe\\_5397726\\_3210.html](https://www.lemonde.fr/international/article/2018/12/14/l-allemande-reconnait-l-existence-d-un-troisieme-sexe_5397726_3210.html)

La loi bioéthique encadre la situation des enfants intersexes, Dalloz, <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/loi-bioethique-encadre-situation-des-enfants-intersexes>

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>

La revue du praticien, prise en charge de l'intersexuation en France, 18 décembre 2020, <https://www.larevuedupraticien.fr/article/prise-en-charge-de-lintersexuation-en-france>

Le certificat psychiatrique ne doit plus être exigé pour la prise en charge en ALD des personnes transgenres : <https://www.egora.fr/actus-pro/societe/le-certificat-psychiatrique-ne-doit-plus-etre-exigé-pour-la-prise-en-charge-en-#:~:text=20%2F12%2F2022%20Par%20A.M.,national%20de%20l'Assurance%20maladie.>

Le «troisième genre», une revendication qui gagne du terrain en Occident : <https://www.lefigaro.fr/international/le-troisieme-genre-une-revendication-qui-gagne-du-terrain-en-occident-20231101>

Le Népal reconnaît un troisième genre dans son recensement : <https://combatlemedia.com/2021/10/25/le-nepal-reconnait-un-troisieme-genre-dans-son-recensement/>

Le protocole de soins en pratique : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-ald-affection-longue-duree/protocole-soins-pratique>

Les personnes transgenres ciblées par de multiples propositions de loi des Républicains pour restreindre leurs droits aux Etats-Unis : [https://www.lemonde.fr/international/article/2023/05/23/les-transgenres-cibles-par-de-multiples-propositions-de-loi-pour-restreindre-leurs-droits-aux-etats-unis\\_6174525\\_3210.html](https://www.lemonde.fr/international/article/2023/05/23/les-transgenres-cibles-par-de-multiples-propositions-de-loi-pour-restreindre-leurs-droits-aux-etats-unis_6174525_3210.html)

Les principes de Yogyakarta, principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre : [https://www.amnesty.ch/fr/themes/autres/identite-de-genre-et-orientation-sexuelle/principes-jogjakarta/Yogyakarta\\_principles\\_fr.pdf](https://www.amnesty.ch/fr/themes/autres/identite-de-genre-et-orientation-sexuelle/principes-jogjakarta/Yogyakarta_principles_fr.pdf)

L'OMS retire la transidentité des maladies mentales : <https://vivre-trans.fr/loms-retire-la-transidentite-des-maladies-mentales/>

Normes de soins pour les personnes transgenres et de genre variant, synthèse des recommandations internationales (2022) des "Normes de soins pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, version 8 (SOC-8)" édités par la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) : <https://blogs.mediapart.fr/jean-vincot/blog/020823/normes-de-soins-pour-les-personnes-transgenres-et-de-genre-variant>

Plan national pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti LGBT+ (2023-2026), 2023 : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/plan-national-pour-legalite-contre-la-haine-et-les-discriminations-anti-lgbt-2023-2026>

Publication de la CIM-11 2022, La CIM-11 est maintenant officiellement en vigueur pour l'enregistrement et la déclaration, au niveau national et international des causes de maladie, de décès - et plus : <https://www.who.int/fr/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>

Quelles sont les législations en vigueur pour les personnes trans en Europe ? : <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/quelles-sont-les-legislations-en-vigueur-pour-les-personnes-trans-en-europe-20230222>

Qu'est-ce que le dispositif appelé Affection Longue Durée (ALD) ? : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>

Russie. L'adoption de dispositions législatives transphobes porte un coup terrible aux droits humains : <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2023/07/russia-adoption-of-transphobic-legislation-a-horrendous-blow-to-human-rights/#:~:text=Le%2014%20juillet%202023%2C%20la,interventions%20d'affirmation%20de%20genre.>

Santé des personnes transgenres : un parcours de soins à améliorer, INSERM : <https://www.inserm.fr/actualite/sante-des-personnes-transgenres-un-parcours-de-soins-a-ameliorer/>

Sexe et genre : <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/sex-and-gender#17>

Synthèse : la notion juridique de l'acte médical, Lexbase, 2024 : <https://www-lexbase-fr.passerelle.univ-rennes1.fr/article-encyclopedie-juridique/4033070-synthese-etude-la-notion-juridique-dacte-medical>

Transidentité : fin de l'exigence du certificat psychiatrique : <https://www.adheos.org/transidentite-fin-de-lexigence-du-certificat-psychiatrique/>

## Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	I
<b>Table des abréviations</b> .....	II
<b>Introduction</b> .....	1
<b><i>Partie 1 - Le parcours médical des personnes transgenres</i></b> .....	7
<b>Chapitre 1 - La présentation du parcours médical des personnes transgenres</b> .....	8
Section 1 - L'atteinte à un corps d'apparence sain.....	8
Paragraphe 1 - L'atteinte au corps humain.....	8
A- La nécessité médicale comme préalable indispensable à toute atteinte au corps humain.....	8
B- La transidentité, une nécessité médicale ?.....	10
Paragraphe 2 - L'essence du parcours médical de la transidentité.....	11
A- Les types de prestations envisageables.....	11
B- Un panel de prestations réduit en cas de minorité.....	12
Section 2 : La compréhension de l'information et la capacité du patient à donner un consentement libre et éclairé à un parcours de transition médicale.....	14
Paragraphe 1- Le mineur, acteur de sa décision de transition médicale ?.....	14
A- La capacité du mineur à comprendre les informations données par le médecin.....	14
B- La place du consentement du mineur.....	16
Paragraphe 2- L'exemple de la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire pour permettre l'accès au traitement du mineur nécessaire afin d'empêcher la détransition.....	19
A- La prise de décision d'entamer les traitements en réunion de concertation pluridisciplinaire.....	19
B- La détransition.....	20
<b>Chapitre 2 - Les nouveaux enjeux liés au parcours médical des personnes transgenres</b> .....	23
Section 1 : La recherche d'une prise en charge de qualité assurée aux personnes transgenres.....	23
Paragraphe 1 - La connaissance attendue de la transidentité par les professionnels de santé.....	23
A- La connaissance de la transidentité dans sa globalité.....	23
B- La connaissance de la transidentité dans ses spécificités.....	25
Paragraphe 2 - Faire de la personne transgenre un usager ordinaire en adaptant le système de santé.....	27

A- La lutte contre le renoncement aux soins.....	27
B- La lutte contre la transphobie au sein du parcours de soins.....	27
Section 2 : Permettre à la personne transgenre d’être au coeur de son parcours de soins.....	31
Paragraphe 1 - La nécessité de remodeler le parcours médical.....	32
A- Privilégier la médecine de proximité pour répondre aux besoins de la population transgenre.....	32
B- Le travail en réseau : une solution à la connaissance de la transidentité.....	34
Paragraphe 2 - Un droit à la vie familiale reconnu aux personnes transgenres.....	35
A- Les droits sexuels et reproductifs des personnes transgenres.....	35
B- La reconnaissance du lien de filiation entre l’enfant et le parent transgenre.....	38
<b><i>Partie 2 - Le parcours administratif de la transidentité, entre complexité et insuffisance</i></b> .....	41
<b>Chapitre 1 - L’évolution du droit à l’autodétermination</b> .....	42
Section 1 : La transition administrative en droit français.....	42
Paragraphe 1- Une transition administrative historiquement marquée par l’ingérence d’une autorité publique dans l’exercice du droit au respect de la vie privée et familiale.....	42
A- La législation française en matière de changement d’état-civil antérieure à 2016.....	42
B- L’influence du droit international et européen sur l’évolution du droit à l’autodétermination français.....	44
Paragraphe 2 - Le parcours de transition administrative modifié par la loi J21 de 2016.....	46
A- Les procédures actuelles de changement d’état-civil.....	46
B- Insuffisantes au regard du principe d’autodétermination et de l’exercice du droit au respect de la vie privée.....	48
Section 2 : L’évolution du droit à l’autodétermination au sein des législations étrangères.....	49
Paragraphe 1- La prise en compte de la transidentité au sein des législations étrangères.....	49
A- Les législations étrangères favorables aux personnes transgenres.....	49
B- Les solutions trouvées par différents États : l’introduction d’un sexe neutre ou d’un troisième genre.....	50
Paragraphe 2 - Les exemples de législations internationales défavorables aux droits des personnes transgenres.....	52
A- Les législations européennes conservatrices.....	52
B- Les législations internationales conservatrices.....	53

## **Chapitre 2 - La prise en charge financière des soins liés à la transidentité désormais**

<b>dépsychiatisée</b> .....	54
Section 1 : De la dépsychiatisation à l'avènement de nouveaux enjeux administratifs.....	54
Paragraphe 1- L'approche initiale de la transidentité sous le prisme de la psychiatrie.....	54
A- Une transidentité initialement psychiatisée.....	55
B- La nouvelle perception de la transidentité : la progressive dépsychiatisation.....	56
Paragraphe 2- Incongruences administratives et problèmes de facturation.....	58
A- La cotation des actes ne prenant pas en compte la transidentité.....	58
B- L'identification de l'utilisateur compromise par son changement de genre.....	59
Section 2 : La transidentité : une affection pouvant être prise intégralement en charge au titre des affections longues durées hors liste (ALD HL).....	61
Paragraphe 1- Les prérequis à la prise en charge de l'incongruence de genre au titre de l'ALD 31.....	61
A- L'établissement du protocole de soins par le médecin généraliste.....	61
B- L'achèvement de l'exigence casuelle des expertises psychiatriques comme préalable au remboursement par la sécurité sociale.....	63
Paragraphe 2 - La possible prise en charge extensive par l'assurance maladie.....	65
A- Le remboursement des produits hors autorisation de mise sur le marché.....	65
B- Le remboursement des frais médicaux reçus à l'étranger.....	66
Conclusion.....	68

Ce mémoire explore les différentes possibilités qui s'offrent aux personnes transgenres désireuses de débiter une transition qu'elle soit médicale ou administrative.

Ainsi, ce mémoire pose la question de la nécessité médicale pour justifier une transformation médicale sur un corps apparence sain, et explore les différents types de prestations médicales disponibles, qui diffèrent selon l'âge du patient concerné, tout en mettant l'accent sur l'importance d'un consentement libre et éclairé.

Puis, il témoigne de la nécessité d'améliorer la connaissance de la transidentité par les professionnels de santé et d'adapter le système de soins pour lutter contre le renoncement aux soins et la transphobie.

Ce mémoire retrace l'évolution du droit à l'autodétermination des personnes transgenres en France et à l'étranger en comparant les modèles qui sont plus ou moins favorables aux personnes transgenres.

Enfin, il explore les enjeux administratifs et financiers liés à la dépsychiatisation progressive de la transidentité.

**Mots clés :**

Transidentité, transition, nécessité médicale, parcours médical, parcours administratif, consentement, formation, renoncement aux soins, transphobie, autodétermination, dépsychiatisation, cotation des actes.

---

This dissertation explores the various options available to transgender people wishing to begin a transition, whether medical or administrative.

It raises the question of medical necessity to justify a medical transformation on an apparently healthy body, and explores the different types of medical services available, which differ according to the age of the patient concerned, while emphasizing the importance of free and informed consent. It then highlights the need for healthcare professionals to improve their knowledge of transidentity, and for the healthcare system to be adapted to combat transphobia and the lack of access to care.

This thesis traces the evolution of the right to self-determination for transgender people in France and abroad, comparing models that are more or less favorable to transgender people.

Finally, it explores the administrative and financial stakes involved in the progressive depsychiatrization of transidentity.

**Key words :**

Transidentity, transition, medical necessity, medical course, administrative course, consent, training, renunciation of care, transphobia, self-determination, depsychiatrization, quotation of acts.

