

ZGB die Möglichkeit, das zivilstandsregisterrechtliche Geschlecht basierend auf der Geschlechtsidentität und unabhängig von körperlichen Geschlechtsmerkmalen oder Reproduktionsfähigkeit zu ändern. Die parlamentarische Beratung dieser Norm fand zeitlich parallel zur Schlusskurve der Beratung über die geschlechtsunabhängige Ehe statt, welche die Zwei-Mutterschaft ab Geburt eröffnet (Art. 255a ZGB).<sup>48</sup> Im Nachgang dieser Eherechts-Reform wurde im Sozialversicherungsrecht punktuell der Wortlaut von «Vater» angepasst auf eine Terminologie, die auch eine zweite Mutter, oder neutral den andern Elternteil, nennt. Gleichzeitig verkennt die Rechtssprache unverändert die Tatsache, dass auch trans Väter und nicht binäre Personen Kinder austragen. Heute darf also die Ernährerrolle alternativ eine Ernährerinnenrolle sein – die «Mutter» aber soll *semper certa* bleiben, selbst wenn «sie» ein Mann ist. Dass das Parlament Art. 30b ZGB und die zeitgleich revidierten Normen, die sich auf Fortpflanzung und Elternschaft beziehen, nicht vernetzte, lässt siloartiges Denken in einzelnen Geschäften, fehlendes Sachwissen oder fehlende Kapazität, Elternschaft von trans Menschen als gleichwertige Realität anzuerkennen, vermuten. Eine gute Gelegenheit, dieses Versäumnis nachzuholen, könnte sich der Gesetzgeber mit der rechtlichen Anerkennung nicht binärer Geschlechtsidentitäten selbst geben.

## Transidentités, santé et migration.

### Obstacles dans l'accès aux soins d'affirmation de genre

Sab Masson\*

Tandis que les principes qui sous-tendent le droit à la santé des personnes trans en situation de migration doivent garantir la non-discrimination, un accès égalitaire aux soins, et la mise en œuvre des standards internationaux dans le domaine de l'accès aux mesures médicales d'affirmation de genre, un autre écho nous vient de la pratique. Des obstacles spécifiques jalonnent en effet les parcours de soins de personnes trans relevant de l'asile et de personnes trans sans statut légal. A partir de témoignages et d'observations tirées de la pratique juridique<sup>1</sup>, nous proposons ici une réflexion articulant droit des migrations, droits des personnes trans et droit de la santé, pour comprendre certains enjeux de l'accès aux démarches d'affirmation de genre en contexte de migration.

Pour développer notre propos, nous aborderons dans une première partie les fondements juridiques qui sous-tendent le droit à la santé et l'accès aux soins pour les personnes trans en situation de migration, sous l'angle du droit international et du droit interne, ainsi que les standards internationaux en matière d'accès aux soins d'affirmation de genre (I.). Nous évoquerons ensuite le cadre légal international exigeant la prise en considération de l'intersectionnalité des discriminations, et les études du domaine de la santé ayant mis en lumière l'imbrication de vulnérabilités pour certains groupes de personnes (II.). Dans une troisième partie abordant les « échos de la pratique » (III.), nous confronterons ces principes aux observations de terrain, en présentant des cas et des témoignages aussi bien dans le domaine de l'asile (III.1.), que concernant des personnes sans statut légal (III.2.). Enfin, nous concluons par quelques éléments de synthèse et de perspective (IV.).

<sup>48</sup> Die Schlussabstimmungen über beide Vorlagen fanden am 18.12.2020 statt.

\* PhD, MLaw. Juriste et co-coordonateur au sein de l'Association Rainbow Spot – Permanence LGBTQIA+ asile-migration, Lausanne, et chercheur *senior* au Groupe de recherche migration, santé, sexualités, Université de Fribourg.

<sup>1</sup> Au sein de la permanence juridique de l'Association Rainbow Spot, Internet : <https://rainbowspot.ch>. En ce qui concerne les citations en partie II, elles sont tirées de la recherche-action hébergée par l'Association Rainbow Spot (2023), *Parcours migratoire LGBTQIA+*. *Agir face aux discriminations multiples*, Internet : <https://rainbowspot.ch/activites/projet/recherche-action-migrations-lgbtqi/>. Pour plus de détails, voir p. 6 (paragraphes introductifs de la partie III).

## I. Droit à la santé des personnes trans en situation de migration : droit international et cadre légal suisse

Au vu des enjeux croisés liés aux questions de santé, de migration et d'identité et d'expression de genre, il convient de rappeler la diversité des sources pertinentes du droit, tant au plan international que du cadre légal suisse, en matière de droit à la santé et d'égalité dans l'accès aux soins (I.A.). Par ailleurs, dans le domaine de la santé trans, et en particulier de l'accès aux mesures médicales d'affirmation de genre, il importe de mentionner les standards internationaux faisant autorité dans ce domaine, ainsi que le cadre légal suisse assurant leur prise en charge (I.B.). Ces différents principes doivent être pris en compte conjointement, afin de pouvoir éclairer les droits des personnes trans migrantes dans le domaine de la santé.

### A. Droit à la santé et accès aux soins sans discrimination

#### 1. Droit international

Le droit à la santé est un droit humain garanti par le droit international. Il inclut le droit de toute personne de « jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre », et l'obligation pour les Etats d'assurer notamment à toute personne l'accès à « des services médicaux et à une aide médicale en cas de maladie »<sup>2</sup>. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint implique que les installations, biens et services de santé soient disponibles, accessibles sans discrimination, en particulier aux personnes les plus vulnérables, appropriées notamment sur le plan culturel et du respect des minorités, et de bonne qualité<sup>3</sup>. Toute personne a également droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et les soins médicaux<sup>4</sup>.

Le droit humain à la santé doit s'appliquer sans discriminations, tant au niveau de l'accès aux soins que de l'accueil dans les soins. En particulier, toute discrimination raciale ou liée à l'origine nationale ou ethnique est interdite en ce qui concerne le droit à la santé et les soins médicaux<sup>5</sup>, et les Etats doivent éliminer les discriminations à l'égard des femmes<sup>6</sup>, ainsi que des personnes en situation de handicap, en tenant compte des spécificités liées au genre<sup>7</sup>.

<sup>2</sup> Art. 12 par.1 et 2 Pacte ONU I.

<sup>3</sup> Comité des droits économiques sociaux et culturels, Observation générale no 14 (2000) : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), par. 12.

<sup>4</sup> Art. 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

<sup>5</sup> Art. 5 e) iv) Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CERD).

<sup>6</sup> Art. 12 Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes (CEDEF).

<sup>7</sup> Art. 25 Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH).

Par ailleurs, le droit de jouir du meilleur état de santé possible ne doit être entravé par aucune discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et affective, l'identité de genre, l'expression de genre et/ou les caractéristiques sexuelles (OSAIEGCS)<sup>8</sup>. Cette exigence concerne aussi bien l'accès aux soins, la conception des soins et le traitement dans les établissements et services de soins. En particulier, les « Etats doivent protéger toutes les personnes contre la discrimination, la violence et autres atteintes » basées sur l'OSAIEGCS<sup>9</sup>. Enfin, la mise en œuvre des droits humains en matière d'OSAIEGCS doit se faire sans discriminations liées au statut migratoire<sup>10</sup>.

#### 2. Droit interne

Le droit à la santé est ancré dans la Constitution fédérale en tant que but social, prévoyant que « toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé »<sup>11</sup>. Ce cadre constitutionnel ne prévoit cependant que des lignes directrices, dont ne découlent pas des droits subjectifs à des prestations<sup>12</sup>. Le droit antidiscriminatoire constitutionnel interdit par ailleurs toute discrimination, notamment fondée sur le genre, l'orientation sexuelle, l'origine ou le handicap<sup>13</sup>.

Au niveau législatif, toute personne domiciliée en Suisse doit être assurée au sens de l'assurance obligatoire des soins<sup>14</sup>, l'assurance obligatoire étant indépendante de l'état de santé ou du revenu. Ce droit s'applique également indépendamment du statut de séjour, et donc y compris aux personnes migrantes en situation irrégulière sur le territoire suisse (déboutées de l'asile ou sans statut légal). Toutefois, la question financière du paiement des primes de l'assurance-maladie est régie par différents systèmes cantonaux de subsides, avec de fortes disparités d'un canton à l'autre. Cette question est un enjeu crucial dans l'accès effectif aux soins pour les personnes trans sans statut légal (*cf infra*, III.B.).

Dans le domaine de l'asile, les personnes requérantes d'asile, qu'elles résident dans un Centre fédéral pour requérants d'asile (CFA) ou dans un foyer cantonal, sont affiliées à l'assurance-maladie obligatoire (par le biais du Secrétariat d'État aux migrations (SEM))<sup>15</sup>, respectivement par le biais du canton compétent), et elles

<sup>8</sup> Principes Jogjakarta (2007), principe 17, Internet : <https://yogyakartapinciples.org/principles-fr/>; Principes Jogjakarta plus 10 (2017), principe 17, Internet : <https://yogyakartapinciples.org/principles-fr/les-principes-de-jogjakarta-plus-10/>.

<sup>9</sup> Principes Jogjakarta plus 10 (n. 9), principe 17, J.

<sup>10</sup> Principes de Jogjakarta (n. 9.), principe 24 ; Principes de Jogjakarta plus 10 (n. 9.), principe 31.

<sup>11</sup> Art. 41 al. 1 let. b Cst.

<sup>12</sup> Art. 41 al. 4 Cst.

<sup>13</sup> Art. 8 al. 2 Cst.

<sup>14</sup> Art. 3 LAMal.

<sup>15</sup> Pendant les trois premiers mois de séjour, le SEM, prend directement en charge les frais de santé. Au-delà de cette durée, les frais sont assurés par une couverture d'assurance-maladie de base collective

ont accès aux prestations garanties par l'assurance obligatoire des soins.

Dans le cadre du séjour au sein d'un CFA (qui s'étend en principe jusqu'à 140 jours au maximum), le centre d'hébergement doit assurer l'accès à ces prestations couvertes par la LAMal et disposer de « services de santé qualifiés »<sup>16</sup>. Ces services sont les « premiers interlocuteurs » en cas de problèmes médicaux, et la collaboration avec des médecins partenaires assure les soins de base et la redirection vers des spécialistes ou des hôpitaux<sup>17</sup>.

Une fois que les personnes séjournent dans les cantons, les personnes sont affiliées à l'assurance-maladie obligatoire des soins par le biais des systèmes cantonaux, mais certaines restrictions sont possibles. Pour les personnes requérantes d'asile et les personnes à protéger sans autorisation de séjour, les cantons peuvent ainsi « limiter leur choix de l'assureur, et désigner à leur intention un ou plusieurs assureurs offrant une forme particulière d'assurance en vertu de l'art. 41, al. 4, LAMal »<sup>18</sup>. Ils peuvent également restreindre leur choix des fournisseurs de prestations visés aux art. 31 à 40 LAMal<sup>19</sup>.

## B. Standards internationaux et cadre légal en matière d'accès aux soins d'affirmation de genre

Pour comprendre les prestations auxquelles peuvent avoir droit des personnes trans requérantes d'asile, réfugiées ou sans statut légal, il convient enfin de prendre en compte les normes régissant les mesures médicales d'affirmation de genre. En particulier, il importe de se référer à l'évolution récente des critères de diagnostic et des standards internationaux de soins, dans le sens d'une « dépsychiatriation des personnes transgenres », et de l'inclusion des « variations de l'identité de genre dans la richesse de la diversité humaine »<sup>20</sup>.

En 2018, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié la 11<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM) (ci-après : CIM-11)<sup>21</sup>. Cette nouvelle classification, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, détermine la science actuelle en la matière et doit

être respectée par les personnes soignantes. La CIM-11 redéfinit le diagnostic en termes « d'incongruence de genre », et supprime celui de « transsexualisme ». L'incongruence de genre se définit par « une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné, ce qui conduit souvent à un désir de « transition », afin de vivre et d'être accepté comme une personne du genre ressenti »<sup>22</sup>. Ce diagnostic n'est plus classé dans le chapitre des « troubles mentaux et du comportement », mais dans le nouveau chapitre des « conditions liées à la santé sexuelle »<sup>23</sup>. De plus, il ne se réfère pas à des genres binaires (deux genres, féminin et masculin).

De plus, l'Association professionnelle mondiale pour la santé transgenre (World Professional Association for Transgender Health, WPATH), qui constitue une référence mondiale pour les plus hauts standards de soins des personnes trans, a également renouvelé ses directives en 2022 par la publication de la version 8 de ses Standards de soins (ci-après : SOC-8)<sup>24</sup>. Ces standards reflètent les récentes évolutions scientifiques, afin d'optimiser les soins apportés aux personnes trans et les interventions médicales d'affirmation de genre. Ils se caractérisent notamment par l'inclusion à travers des chapitres spécifiques, d'une grande diversité de personnes concernées : adultes, adolescent.e.x.s, enfants, personnes non binaires, eunuques, personnes intersexes, et personnes vivant dans un environnement institutionnel. Ce dernier groupe peut concerner des personnes requérantes d'asile, déboutées ou sans statut légal, en cas de détention en vue du renvoi, ou dans le cadre des CFA. A cet égard, les SOC-8 recommandent une application des mêmes standards dans les environnements institutionnels, et en particulier par le biais de la formation du personnel aux questions de diversité de genre, le soutien aux démarches d'affirmation de genre, ou encore plus globalement le respect du choix des personnes concernées au niveau de l'hébergement, des sanitaires, et la garantie de la sécurité tout en évitant l'isolement des personnes<sup>25</sup>.

Comme l'énoncent les principes de Jogjakarta précités, les Etats doivent assurer « un accès aux plus hauts standards possibles en matière de soins d'affirmation de genre, sur la base du consentement libre, préalable

pour toutes les personnes résidentes dans le centre (SEM, Manuel Asile et retour, C1 Les centres fédéraux pour requérants d'asile, 2.6, 8).

<sup>16</sup> Art. 8 Ordonnance du DFJP relative à l'exploitation des centres de la Confédération et des logements dans les aéroports ; SEM, Manuel Asile et retour, C1 Les centres fédéraux pour requérants d'asile, 2.6, 7.

<sup>17</sup> *Ibid.*, 8

<sup>18</sup> Art 82a al. 2 LAsi.

<sup>19</sup> Art. 82a al. 2 et 3 LAsi. Cette possibilité prévue par le cadre légal est largement utilisée par les cantons romands. Voir sur cette question : RAPHAËL REY, « Fast Checking. Santé : une attaque infondée contre l'asile », Internet : <https://asile.ch/2025/03/17/fact-checking-sante-une-attaque-infondee-contre-lasile/>.

<sup>20</sup> RAPHAËL WÄHLEN et al., « Adolescents transgenres et non binaires : approche et prise en charge par les médecins de premier recours », *Revue médicale suisse*, 2020, 16, 790.

<sup>21</sup> OMS, CIM-11, Internet : <https://icd.who.int/fr/>.

<sup>22</sup> OMS, CIM-11, 17, code HA60, Internet : <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#90875286>.

<sup>23</sup> World Health Organization, Gender incongruence and transgender health in the ICD, Internet : <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd/>; Voir aussi au sujet de cette évolution : RAPHAËL WÄHLEN et al., (n. 21) ; ANNIE PULLEN SANSAÇON et DENISE MEDICO, *Jeunes trans et non binaires. De l'accompagnement à l'affirmation*, Montréal 2021.

<sup>24</sup> WPATH, Internet : <https://wpath.org/publications/soc8/>.

<sup>25</sup> WPATH, SOC-8, Chapitre 11, S104.

et éclairé des individus », et garantir que ces soins soient pris en charge par les systèmes d'assurance<sup>26</sup>. En Suisse, les mesures médicales d'affirmation de genre doivent en principe être prise en charge par l'assurance-obligatoire des soins, à condition, comme pour toute prestation, qu'elles soient « efficaces, appropriées et économiques »<sup>27</sup>. En pratique, non seulement un diagnostic de dysphorie de genre ou d'incongruence de genre est encore exigé, mais le droit à cette prise en charge se concrétise souvent de manière arbitraire, et notamment de manière inégale selon les caisses d'assurance-maladie<sup>28</sup>. Des caisses posent des conditions qui sont en contradiction avec la science actuelle décrite ci-dessus, par exemple concernant l'ordre ou le rythme de la transition, un âge minimum de 25 ans, ou l'exigence d'un suivi psychologique ou psychiatrique obligatoire ou d'un traitement hormonal avant les chirurgies, ou encore en excluant les personnes non binaires<sup>29</sup>. La CEDH a jugé que l'application mécanique d'une durée minimale de suivi psychiatrique de deux ans avant une chirurgie n'était pas admissible et emportait une violation de l'art. 8 CEDH<sup>30</sup>.

On voit ainsi que les normes sous-tendant l'accès aux soins d'affirmation de genre évoluent dans un sens de renforcer l'autodétermination et la dépsychopathologisation des personnes, bien qu'en pratique des difficultés continuent de se poser en Suisse, en particulier en ce qui concerne les assureurs. Plus largement, les principes régissant l'accès aux mesures médicales d'affirmation de genre doivent s'appliquer aux personnes en situation de migration sans aucune discrimination, y compris dans le cadre des hébergements collectifs en matière d'asile. Des limitations cantonales (choix d'assurance, fournisseurs de prestations) étant toutefois possible dans le domaine de l'asile, mais pas eu égard aux prestations couvertes par la LAMal.

## II. Discriminations intersectionnelles et vulnérabilités spécifiques dans l'accès aux soins

On a vu que trois ensembles de normes suisses et internationales doivent être prises en considération : celles visant le droit à la santé, le droit à la santé des personnes migrantes, et le droit à la santé des personnes trans. L'articulation de ces normes permet de considérer les éléments de base relatifs à l'accès aux soins des

personnes trans en situation de migration. Cette juxtaposition n'est toutefois pas suffisante. En effet, pour des personnes trans en contexte migratoire, l'accès aux soins peut être traversé par des discriminations multiples ou intersectionnelles<sup>31</sup>. Il convient de rappeler les principes qui doivent être pris en compte à cet égard (II.A.), de même que les études dans le domaine de la santé ayant mis en lumière des risques combinés de vulnérabilité (II.B.).

### A. La notion de discriminations intersectionnelles en droit international

En droit international, plusieurs instruments de protection des droits fondamentaux font référence à l'intersectionnalité des discriminations et au besoin de protection spécifique de certains groupes de personnes<sup>32</sup>. Une attention aux effets de ces discriminations intersectionnelles devrait être mise en œuvre dans l'examen de cas particuliers. Cette exigence ressort notamment des observations de plusieurs comités de l'ONU, mettant par exemple en évidence des discriminations « indissociablement liées » entre elles<sup>33</sup> et rappelant les « conséquences bien spécifiques pour les personnes concernées »<sup>34</sup>. Diverses jurisprudences des comités de l'ONU, mais également de la CEDH et de la CIDH, rappellent aussi ce principe, notamment à travers la nécessité de prendre en considération la « vulnérabilité spécifique » découlant de discriminations interagissant entre elles<sup>35</sup> ou l'intersection de multiples facteurs de

<sup>26</sup> Principes de Jogjakarta plus 10 (n. 9), obligations additionnelles de l'Etat relatives au droit de jouir du meilleur état de santé possible (principe 17), K et L.

<sup>27</sup> Art. 32 al. 1 LAMal.

<sup>28</sup> TGNS, Information, Droit, 6. Assurance maladie, Internet : <https://www.tgns.ch/fr/information-2/droit/#Assurance-maladie>.

<sup>29</sup> *Ibid.*

<sup>30</sup> Arrêt de la CEDH du 8 janvier 2009, *Schlumpf c. Suisse*, requête no 29002/06, par. 109–116.

<sup>31</sup> La discrimination intersectionnelle vise la discrimination fondée sur l'interaction de motifs *indissociables* entre eux produisant un désavantage spécifique. La discrimination multiple peut viser la discrimination dite composée ou additive, concernant plusieurs motifs *indépendants* entre eux, ou prendre un sens englobant (ensemble de discriminations fondées sur plusieurs motifs, additives ou intersectionnelles) (voir notamment : EMMANUELLE BRIBOSIA, et al., « Discrimination intersectionnelle en droit : mode d'emploi », *Anthemis, Revue trimestrielle des droits de l'homme*, 2021/2, No 126, 241 à 274, DOI 10.3917/rtdh.126.0241 ; ELÉONOR KLEBER « Le droit antidiscriminatoire face aux discriminations multiples », *Jusletter*, 6 juin 2016).

<sup>32</sup> Voir notamment : EMMANUELLE BRIBOSIA, et al. (n. 32) ; ELÉONOR KLEBER (n. 32) ; ASSAL SHARIFRAZI, « Les discriminations intersectionnelles à la croisée des chemins : regard pratique sur le système antidiscriminatoire des organes conventionnels des Nations Unies », *Journal européen des droits de l'homme*, 5, 335–365, Internet : <http://hdl.handle.net/2078.3/235768>.

<sup>33</sup> Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation no 28. Voir également plusieurs recommandations générales du Comité pour l'élimination de la discrimination raciale et du Comité des droits de l'enfant. On peut citer aussi la Convention sur les droits des personnes handicapées (CDPH), qui incorpore explicitement cette notion, en son article 6 (femmes et filles), et dans son préambule (lettre p), à propos de « formes multiples ou aggravées de discrimination » fondées sur plusieurs critères (CDPH, préambule, let. p).

<sup>34</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale no 20, par. 17.

<sup>35</sup> Arrêt de la CEDH du 14 juillet 2012, *B.S. c. Espagne*, requête no 47159/08. Dans le domaine de l'asile, un risque de persécution peut être aggravé en raison de la conjugaison d'appartenances minorisées (Comité des Nations Unies contre la torture, communication no 338/2008, 23 mai 2011, CAT/C/46/D/338/2008).



Enfin, l'incidence combinée de la condition de migrant·e·x·s et de l'appartenance à une minorité sexuelle et/ou de genre, et les effets d'un « système de vulnérabilités », doivent être pris en considération dans les entraves possibles à l'accès aux soins<sup>45</sup>. C'est le cas notamment en matière de santé mentale, par exemple au travers de traumatismes complexes et imbriqués (au pays d'origine, dans le voyage, dans les conditions d'accueil, dans la procédure, etc.)<sup>46</sup>. Le stress minoritaire, soit un excès de stress découlant de la stigmatisation sociale touchant les personnes minorisées, accroît les risques pour la santé mentale<sup>47</sup>. Or, lorsque l'on est en présence de discriminations multiples, les effets liés à la stigmatisation sont aussi croisés, et doivent être pris en compte dans l'examen du stress social et des vulnérabilités de santé des personnes minoritaires<sup>48</sup>.

La question de l'égalité dans l'accès aux soins et des vulnérabilités spécifiques des personnes trans en situation de migration doit ainsi être abordée sous l'angle de cet ensemble d'appartenances et des mécanismes intersectionnels de discriminations. Nous verrons ci-dessous comment ces notions peuvent éclairer les obstacles rencontrés par des personnes trans migrantes dans leur parcours de soins.

### III. Échos de la pratique : obstacles dans l'accès aux soins d'affirmation de genre

A la lumière des principes énoncés précédemment, nous essayons de synthétiser ici quelques problématiques marquantes tirées de la pratique. Cette analyse s'appuie sur un travail de conseil, de défense et d'accompagnement auprès de personnes trans en situation de migration, dans le cadre de la permanence juridique de l'Association Rainbow Spot<sup>49</sup>. Les observations présentées se fondent également sur les résultats de la

recherche-action *Parcours migratoires LGBTQIA+*, *Agir face aux discriminations multiples*, réalisée entre 2021 et 2022, et hébergée par l'Association Rainbow Spot<sup>50</sup>. Toutes les citations de personnes interviewées en sont issues.

Le public des personnes faisant appel à la permanence juridique de Rainbow Spot est composé de personnes relevant de l'asile ou concernées par d'autres parcours migratoires (personnes sans statut légal, en processus de régularisation, personnes venues par regroupement familial, titulaires d'un permis étudiant ou de travail). Nous nous limiterons toutefois ici à la présentation de situations dans le domaine de l'asile (III.A.) et concernant des personnes sans statut légal (III.B.). A partir de ces observations de terrain, nous confronterons la pratique aux principes énoncés ci-dessus, pour caractériser certains obstacles dans l'accès aux soins d'affirmation de genre.

#### A. Asile : attentes et (re)psychopathologisation

Le système d'asile comporte l'imposition d'un état d'attente : celle de l'avancée de la procédure, d'une décision à venir, d'un futur incertain, d'un logement adéquat, d'un transfert vers un autre lieu, de l'arrivée d'une personne proche, etc. Et cela quand bien même la révision de la LAsi entrée en vigueur en 2019 a introduit l'accélération des procédures. Cette condition de l'attente implique une expérience bien spécifique pour les personnes trans, et plus largement pour les personnes LGBTQIA+<sup>51</sup>.

Les soins ne font pas exception. Après l'enregistrement d'une demande d'asile, les personnes trans requérantes d'asile peuvent être confrontées à une attente de plusieurs semaines, voire souvent de plusieurs mois, avant de pouvoir entamer ou poursuivre un traitement (III.A.1), tout d'abord dans le cadre des CFA (III.A.1.a.), puis des obstacles perdurant lorsque la personne a été attribuée à un canton (III.A.1.b.). Dans d'autres contextes comme au Québec, des travaux ont mis en évidence cette attente à pouvoir réaliser une transition médicale (et légale) du fait de la situation migratoire, ainsi que son impact sur les processus de transition et ses conséquences en termes de « détresse psychologique », plus spécifiquement pour des jeunes<sup>52</sup>. Il sera question ici de la manière dont l'attente liée au statut de requérant·e·x·s d'asile se matérialise

<sup>45</sup> Voir en particulier BELTRÁN, (n. 41) ; POGLIA MILETI et al., (n. 41).

<sup>46</sup> Voir notamment SARILEE KAHN et al. (2017), « Coming Out Under the Gun : Exploring the Psychological Dimensions of Seeking Refugee Status for LGBT Claimants in Canada », *Journal of Refugee Studies*, Vol. 31, No 1, 22–41, Internet : <https://doi.org/10.1093/jrs/fex019>.

<sup>47</sup> ILAN MEYER (2003), « Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence », *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674–697, Internet : <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>. A propos de la stigmatisation structurelle des personnes trans et de l'accès aux soins d'affirmation de genre, voir : RICHARD BRÄNSTRÖM « The significance of structural stigma towards transgender people in health care encounters across Europe : Health care access, gender identity disclosure, and discrimination in health care as a function of national legislation and public attitudes », *BMC Public Health* 23, 1031, 2023, Internet : <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15856-9>.

<sup>48</sup> SYLVIA SHANGANI et al. « Intersectional minority stress disparities among sexual minority adults in the USA : The role of race/ethnicity and socioeconomic status », *Culture, Health and Sexuality*, 22(4), 398–412, 2020, Internet : <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1604994>.

<sup>49</sup> Cette permanence s'adresse plus largement aux personnes LGBTQIA+ en situation de migration. Nous avons sélectionné ici des observations tirées de la pratique avec des personnes trans.

<sup>50</sup> Rainbow Spot, (n. 2).

<sup>51</sup> MENGIA TSCHALAER « Waiting for LGBTQI+ Asylum Seekers in Germany : A Form of State Control and Resistance », *Association for Political and Legal Anthropology*, 15 septembre 2020, Internet : <https://politicalandlegalanthro.org/2020/09/15/waiting-for-lgbtqi-asylum-seekers-in-germany-a-form-of-state-control-and-resistance/>.

<sup>52</sup> DALIA TOURKI et al. « Au-delà des apparences : analyse intersectionnelle de vécus de jeunes trans migrants et racisés au Québec », *Revue Jeunes et société*, 2018, 3 (1), 133–153, Internet : <https://doi.org/10.7202/1075772ar>.

dans les parcours de transition, soumis à des freins particuliers pour cette population et des risques accrus pour la santé. Enfin, d'autres barrières découlent de certaines modalités cantonales en matière d'orientation des personnes trans requérantes d'asile vers une prise en charge psychiatrique, participant d'une (re)pathologisation des personnes concernées (III.A.2.).

1. *Attente et freins aux mesures médicales d'affirmation de genre*
  - a. *Centres fédéraux pour requérant·e·s d'asile (CFA) : absence de prise en charge*

En principe, les demandes d'asile doivent se faire dans un CFA, où les personnes requérantes d'asile peuvent séjourner jusqu'à 140 jours<sup>53</sup>. Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure d'asile en mars 2019, plusieurs rapports ont mis en évidence les failles du système en ce qui concerne l'accès aux soins, c'est notamment le cas en ce qui concerne les lacunes dans les procédures d'accès aux soins médicaux dans les CFA, et notamment à des soins psychiatriques de qualité : un manque crucial de personnel qualifié, de nombreux écueils dans le dépistage, des retards « très importants » dans le diagnostic et le traitement pouvant augmenter le risque suicidaire<sup>54</sup>.

En ce qui concerne les personnes trans, comme on l'a vu précédemment, elles devraient pouvoir accéder aux soins prévus par la LAMal, et en particulier à des mesures médicales d'affirmation de genre sans discrimination et conformément aux standards internationaux. Or le problème des délais d'attente et de personnel se répercutent fortement sur le suivi des personnes trans. Il s'agit en effet de prise en charge nécessitant un personnel spécialisé et une transmission rapide vers des personnes soignantes formées. Or nous constatons dans nos accompagnements que les personnes sont exposées à des mois d'attente pour accéder notamment à un traitement hormonal, même lorsque que celui-ci a été préexistant à l'arrivée en Suisse.

C'est le cas pour Ajda, une femme trans réfugiée, interviewée dans le cadre de la recherche-action. Au moment de l'enregistrement de sa demande d'asile, Ajda doit urgemment poursuivre son traitement hormonal. La longue attente à laquelle elle est soumise avant la mise en place d'un suivi médical la confronte

au changement de son corps (« remasculinisation » des caractéristiques sexuelles secondaires) et la plonge dans un état de souffrance et de stress psychologique importants. Tout d'abord, elle n'obtient pas d'information sur la manière de poursuivre ses démarches d'affirmation de genre et sur les procédures médicales à suivre. Puis, elle devra attendre plusieurs mois avant de pouvoir consulter un psychiatre, une étape encore exigée pour la poursuite de son traitement hormonal et à sa prise en charge par la caisse d'assurance-maladie. Cette attente génère aussi une très forte pression sur son lieu d'hébergement, car elle doit solliciter à de multiples reprises le personnel du CFA à propos de sa demande de suivi médical, et ré-expliquer à chaque fois son vécu.

La situation d'Ajda fait écho aux constats réguliers de la pratique juridique auprès de personnes trans requérantes d'asile. C'est le cas pour Uli, un homme trans récemment défendu par notre permanence, qui a subi une interruption de son traitement hormonal pendant la totalité du séjour au CFA (plus de 4 mois), alors qu'il avait commencé une transition médicale dans son pays d'origine. Cette situation s'est traduite pour Uli, comme pour Ajda, par un changement du corps, une dégradation de la santé psychique, et un stress constant lié à l'incertitude quant à la possibilité de la reprise d'hormones. De plus, cette situation se vit dans un contexte d'insécurité lié du fait de l'hébergement collectif (chambres, espaces et sanitaires communs). La non-correspondance entre le corps, et l'identité et l'expression de genre de la personne, peut être particulièrement dangereuse dans ce cadre d'hébergement, qui génère une grande souffrance :

*« (...) ce genre de centre, c'est pas du tout adapté pour quelqu'un comme moi. (...) en mangeant, avec les activités, tout ce qu'il y a, on est en contact [avec les autres personnes résidentes], et puis dans ce centre les toilettes, la douche et tout ça c'est hyper compliqué, malgré qu'après [dans un autre centre] c'était dans la chambre, toilettes et douche, mais bon c'était quand même, l'environnement c'était difficile. (...) J'avais même fait la demande, vous savez en revenant au centre, ils font un contrôle corporel (...) j'ai fait plusieurs fois la demande que si ce contrôle peut être fait par une [agente de sécurité] femme, mais il a toujours refusé, jusqu'à ce que l'association a appelé. Je voulais me sentir comme une femme, (...). Le responsable du centre n'a jamais accepté de m'appeler par madame, pour me faire du mal, toujours il m'a dit monsieur » (Ajda).*

Cette insécurité est un facteur de stress supplémentaire, s'ajoutant à celui de l'attente et l'incertitude relative aux soins. Enfin, il ne faut pas oublier les retombées

<sup>53</sup> La nouvelle procédure a renforcé la centralisation et l'accélération du traitement des demandes d'asile. Elle a étendu la durée de séjour dans les centres fédéraux pour requérants d'asile (CFA), passant de 90 à 140 jours au maximum (après quoi les personnes sont en principe attribuées à un canton (art. 24 al. 4 à 6 LAsi).

<sup>54</sup> Unisanté, CHUV, *Prévention du suicide dans les Centres fédéraux pour requérants d'asile de la région Suisse romande, Rapport du consortium de recherche Unisanté – DP-CHUV*, coordonné par JAVIER SANCHIS SOZAYA et SIDNEY GAULTIER, décembre 2021, Internet : <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/service/forschung.html#-855967199>.

de cette situation sur la procédure d'asile. Au moment où elles vivent dans le CFA et subissent cette attente contrainte aux soins d'affirmation de genre, les personnes trans requérantes d'asile doivent être en mesure d'exposer leurs motifs d'asile, le cas échéant liés à leur transidentité. De l'évaluation de ces déclarations dépendra l'issue de la demande d'asile. Ce contexte doit ainsi être mis en rapport avec les enjeux de la procédure d'asile et les possibilités effectives de reconnaissance de la qualité de réfugié·e·s.

*b. Arrivée dans le canton : la loterie du lieu*

Les obstacles rencontrés par les personnes trans requérantes d'asile dans leur accès aux soins ne s'arrêtent pas au moment de la sortie du CFA et de l'attribution à un canton. Un rapport de 2023 mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a montré l'existence de lacunes dans l'accès aux soins médicaux pour les personnes trans requérantes d'asile dans deux tiers des centres d'hébergements collectifs cantonaux (problèmes de personnel qualifié, de transmission des dossiers depuis le CFA, d'interprétariat, de délais d'attente, etc.), avec une importante hétérogénéité selon les cantons<sup>55</sup>.

Au vu des vulnérabilités multiples et spécifiques des personnes trans migrantes sur le plan de la santé (cf. *supra*, II.B.), l'on pourrait s'attendre, en termes de prévention, que les personnes trans requérantes d'asile soient attribuées aux cantons où elles pourront être rapidement orientées vers un accompagnement spécialisé aisément accessible. Or le cadre légal de l'attribution cantonale est restrictif : seule l'unité de la famille peut faire exception à la clé de répartition entre cantons selon la population résidente<sup>56</sup>. Nous avons souligné la nécessité d'interpréter ce cadre légal conformément aux droits fondamentaux et aux besoins spécifiques des personnes trans, et plus largement des personnes LGBTQIA+<sup>57</sup>. En particulier, l'exigence de tenir compte des intérêts légitimes des personnes requérantes d'asile<sup>58</sup> et d'un éventuel besoin d'encadrement particulier, devrait s'appliquer aux personnes trans et LGBTQIA+<sup>59</sup>. Cependant, nous observons que dans la pratique actuelle du Secrétariat d'État aux migrations (SEM), il n'en est rien.

<sup>55</sup> Formative Evaluation der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende, Konzeption und Umsetzung der Massnahmen gemäss dem Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone», Basel 06.06.2023 Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Autorinnen und Autoren: Dr. Wolfram Kägi, Mirjam Suri, Christopher Huddleston (BSS), Denise Efonyi-Mäder (SFM), Internet : [https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalberuebertragbare-krankheiten.html#accordion\\_17093568361692863046848](https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalberuebertragbare-krankheiten.html#accordion_17093568361692863046848).

<sup>56</sup> Art. 27 al. 3 LAsi ; art. 21 al. 2 et 3 OA1.

<sup>57</sup> SAB MASSON « Droit des personnes LGBTQIA+ et attribution cantonale dans la procédure d'asile », *Asy/3/2021*.

<sup>58</sup> Art. 27 al. 3 LAsi.

<sup>59</sup> MASSON, (n. 58).

Or de manière générale, comme on l'a vu précédemment, les cantons peuvent limiter le choix des assureurs et des fournisseurs de prestations. De plus, les ressources en matière de santé trans varient fortement : dans les cantons avec d'importants centres urbains, il existe des centres spécialisés et un réseau développé de personnes soignantes formées, dans d'autres cantons, ce type d'accompagnement est encore lacunaire. Dans ces derniers, le blocage dans l'accès aux soins d'affirmation de genre peut durer plusieurs années. Dans chaque canton, du fait de la politique cantonale d'organisation de l'hébergement, les personnes trans requérantes d'asile peuvent aussi se trouver très éloignées d'un centre urbain, parfois en zone de montagne. L'isolement social se conjugue alors aux difficultés spécifiques rencontrées par les personnes trans (et LGBTQIA+), pouvant constituer une double marginalisation<sup>60</sup>.

On voit ainsi que tant au niveau du CFA que dans les cantons, les failles du système d'asile en ce qui concerne l'accès aux soins, articulées aux lacunes dans la prise en charge adéquates des personnes trans, contraignent celles-ci à une très longue attente avant d'accéder à des mesures d'affirmation de genre. Ces constats sont en contradiction avec les principes énoncés ci-dessus en matière d'accès aux soins sans discriminations, en particulier en ce qui concerne le recours aux démarches d'affirmation de genre y compris dans des établissements institutionnels tels que les CFA ou les foyers cantonaux (cf. *supra* I.B., SOC-8 de la WPATH). Cette situation a un grave impact (profond) sur la santé des personnes trans requérantes d'asile, et dans le même temps, elle affecte leur procédure d'asile.

*2. Systèmes d'orientation dans les soins et (re)psychopathologisation*

Au niveau des cantons, d'autres barrières peuvent freiner l'accès aux soins d'affirmation de genre. La personne requérante d'asile dépend de l'institution (étatique ou prestataire) d'assistance, et de ses modes organisationnels d'orientation vers le réseau de soins. Dans plusieurs cas, ces modalités ont inclus une orientation systématique vers un service psychiatrique, prévoyant la mise en place d'un suivi avec un·e·s psychiatre, avant d'accéder à un suivi endocrinologique ou d'autres mesures médicales de transition. Cette orientation s'est faite y compris pour Uli, qui avait déjà commencé une transition médicale dans son pays d'origine, et qui avait subi auparavant l'interruption de son traitement hormonal dans le CFA décrite ci-dessus. Après plus de quatre mois sans traitement, Uli était en

<sup>60</sup> MOIRA DUSTIN/NINA HELD « « They sent me to the mountain » : the role space, religion and support groups play for LGBTQIA+ asylum claimants », in MOLE Richard C.M. (éds), *Queer Migration and Asylum in Europe*, Londres 2021, 184–215, Internet : <https://doi.org/10.2307/j.ctv17ppc7d.16>.

grande détresse au moment d'arriver dans le canton, et devait pouvoir accéder au plus vite à l'hormonothérapie, ce qui n'a pas été le cas. En effet, l'orientation vers un service de psychiatrie a impliqué une attente supplémentaire de plusieurs mois pour avoir un rendez-vous. Le blocage avant la reprise du traitement hormonal aura au final duré 8 mois.

Cette orientation psychiatrique n'est pas conforme aux critères dégagés ci-dessus en matière de standards internationaux, en particulier ceux de la CIM-11 de l'OMS au sujet de la dépsychiatriation de la prise en charge des personnes trans. Ici, l'imbrication avec le parcours migratoire implique même un processus de repsycho-pathologisation, puisqu'Uli a déjà effectué un suivi psychiatrique dans son pays. On voit bien ici à l'œuvre les mécanismes de discrimination intersectionnelle, exposant tout particulièrement les personnes trans requérantes d'asile au défaut de prise en charge adéquate.

L'orientation psychiatrique et l'attente corrélée pour pouvoir avancer dans une transition de genre, concerne *a fortiori* les personnes qui commencent leur transition en Suisse. C'est le cas d'Armel, un homme trans réfugié, qui a commencé des mesures médicales d'affirmation de genre après son arrivée en Suisse. Après plusieurs mois d'attente pour accéder à un suivi psychiatrique et débiter son traitement hormonal, il devra à nouveau attendre un rendez-vous en psychiatrie pour accéder aux autres mesures médicales souhaitées. Encore une fois plongé dans l'attente, qui dure 7 mois supplémentaires, l'état de santé psychique d'Armel se détériore, car il ne peut pas poursuivre sa transition.

De plus, ces freins organisationnels peuvent être accentués lorsque se présentent des affections psychiques, touchant fortement les personnes requérantes d'asile (*cf. supra*, II.B.). La mise en place de soins d'affirmation de genre peut être encore une fois mise en attente durant le temps d'organiser la prise en charge psychologique. Cette situation s'est présentée pour Nita, une femme trans qui a commencé sa transition médicale en Suisse. La suspension de son parcours de transition a retardé de plusieurs mois sa prise d'hormones, ce qui a contribué à péjorer sa santé psychique de manière globale.

Enfin, on a vu ci-dessus comment des mécanismes de discrimination au sein même du système de soins s'imbriquent en ce qui concerne l'appartenance migratoire et les formes de minorisation liées notamment à l'identité et/ou l'expression de genre. Les obstacles dans le parcours médical de transition peuvent simultanément découler de difficultés liées la langue, à l'interprétariat, ou au vécu de jugements en rapport au statut migratoire.

Ainsi, un désavantage spécifique affecte les personnes trans requérantes d'asile dans l'accès aux soins et à l'égalité des prestations, limite *de facto* leur libre choix du médecin et tend à renforcer, à l'inverse des recommandations de la science actuelle, la (re)psycho-pathologisation de leurs parcours de transition. A ces barrières s'ajoute le risque fréquent que les personnes soient fortement isolées dans leurs démarches, notamment, comme on l'a vu précédemment, du fait d'un lieu de résidence et d'hébergement aléatoires.

## B. Illégalité du statut et parcours de transition obstrués

Une autre population pour laquelle les obstacles dans l'accès aux soins peuvent être nombreux concerne les personnes trans qui n'ont pas déposé de demande d'asile et qui se trouvent sans statut de séjour légal<sup>61</sup>. Ce cas de figure peut inclure des personnes qui ont dû quitter leur pays d'origine en raison de discriminations liées à leur transidentité, mais qui ne sont pas éligibles à l'asile au vu du caractère restrictif de cette protection<sup>62</sup>. Par ailleurs, la restriction des conditions d'entrée, de visa et de séjour pour les personnes ressortissantes de pays tiers et le régime très restrictif de la Loi sur les étrangers (LEI), notamment en ce qui concerne le travail<sup>63</sup>, limite l'accès à un permis autonome. Cette politique migratoire a pour conséquence que des dizaines de milliers de personnes travaillent en Suisse sans statut légal<sup>64</sup>, sont exposées à la précarité et ne peuvent que très difficilement régulariser leur statut de séjour.

On a vu précédemment que le droit aux soins couverts par la LAMal s'applique à toute personne résidant en Suisse, qui a l'obligation de contracter une assurance-maladie, et cela indépendamment de son statut de séjour. Les assureurs ont l'obligation d'accepter les personnes « sans papier ». Ces dernières ne devraient pas être contraintes à faire appel aux services de bas-

<sup>61</sup> Les personnes trans déboutées de l'asile (dont le rejet de la demande d'asile est entrée en force), sont vraisemblablement aussi exposées à de tels obstacles. Toutefois, n'ayant pas suivi de telles situations en pratique, nous nous référons ici uniquement aux cas de personnes trans sans statut légal qui ne sont pas passées par la voie de l'asile.

<sup>62</sup> Rainbow Spot, (n. 2).

<sup>63</sup> En particulier en raison des conditions liées à l'ordre de priorité (en faveur de personnes résidentes ou ressortissantes d'Etats avec lesquels il existe un accord sur la libre circulation) (art. 21 LEI), ainsi que des conditions de qualifications très élevées (cadres, spécialistes et autres travailleurs qualifiés) (art. 23 LEI).

<sup>64</sup> En 2015, une étude mandatée par le SEM a estimé que le nombre de personnes sans-papier en Suisse se situait entre 58'000 et 105'000, considérant que la « meilleure estimation » était 76'000 (MICHAEL MORLOK et al., *Les sans-papiers en Suisse en 2015, Rapport final à l'attention du Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM)*, Bâle, B.S.S. Volkswirtschaftliche Beratung, en coopération avec le Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM) et l'Université de Genève, Internet : <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/aktuell/news/2016/2016-04-25.html>). Sur son site, le syndicat Unia parle d'environ 150'000 personnes concernées (Internet : <https://www.unia.ch/fr/monde-du-travail/de-a-a-z/migrant-e-s/sans-papiers>).

seuil fondés sur l'art. 12 Cst. garantissant des soins essentiels. Dans la pratique, 80 à 90 % des personnes sans statut légal ne sont pas assurées, et le problème pour ces personnes demeure celui de l'entrée dans les soins<sup>65</sup>. En pratique ainsi, de manière générale pour les personnes sans statut légal, des barrières empêchent la concrétisation du principe de l'accès égalitaire aux soins couverts par la LAMal.

Les démarches reposant pour l'essentiel sur les personnes elles-mêmes, le non-recours aux prestations est ainsi très important parmi cette population. Pour les personnes trans, les risques d'exclusion des soins peuvent être accrus du fait également de discriminations liées à l'identité et/ou l'expression de genre. On examinera ici des exemples caractérisant ces obstacles conjugués, en lien avec l'isolement et le défaut d'information (III.B.1.), les barrières administratives et la formation du personnel (III.B.2.), et enfin, un sentiment d'illégitimité trans lié à l'illégalité du statut (III.B.3.).

#### 1. Isolement, défaut d'information et anticipation des discriminations

Alors que pour les personnes sans statut légal, la communauté d'origine et la famille présentes en Suisse peuvent constituer des vecteurs de soutien et d'information pour accéder à des services, cette relation d'aide peut être plus difficile pour des personnes trans (et plus largement LGBTQIA+), pour qui les appartenances (ethniques, migratoires et trans) tendent à se cloisonner<sup>66</sup>. Les personnes trans peuvent aussi craindre au sein de leur communauté la reproduction de discriminations vécues dans leur pays d'origine, et les membres de la famille peuvent constituer des acteurs de violences ou de rejet. Cette relation est diverse et chaque parcours est singulier, elle peut être évolutive et parfois ambivalente<sup>67</sup>, mais il doit être tenu compte de l'interaction de discriminations liées à l'identité et/ou l'expression de genre avec la précarité du statut. Cette situation implique très souvent que les personnes ne disposent d'aucune information sur la possibilité-même d'accéder à des soins d'affirmation de genre pouvant être couverts par la LAMal.

Ainsi, pour Inès, qui s'identifie comme queer et qui est sans statut légal au moment de nos échanges, il n'est pas même concevable, avant d'arriver à notre permanence, qu'il/elle puisse avoir une assurance-maladie, des subsides de l'assurance-maladie, lui permettant d'accéder à des mesures médicales et en particulier au remboursement d'un traitement hormonal. Elle/il est isolé·e, caché·e dans les espaces d'accueil du réseau bas seuil, et n'a ainsi fait aucune démarche dans ce sens, bien qu'il/elle soit en Suisse depuis plusieurs années.

*« Alors, tout ce processus, tout ce par quoi je suis passé·e, là où j'ai dû me cacher, ça demandait quand même beaucoup d'efforts, beaucoup d'énergie, et pour réfléchir, donc moi ça m'a affaibli·e en tout cas, je me sens faible maintenant, physiquement et moralement, il y avait un moment où je perdais espoir, j'avais plus d'espoir, donc j'étais déprimé·e et tout, mais là je reprends espoir, mais quand même je ressens toujours l'impact de toutes ces années » (Inès).*

On retrouve dans cette situation, comme évoqué pour les personnes requérantes d'asile, les effets sur la santé d'une contrainte à l'attente de la transition médicale. Ce temps « perdu » comme le décrit Inès est douloureux : il a un effet négatif sur le parcours de transition, le rapport au corps et la santé mentale. Au moment d'accéder aux informations, Inès ressent que c'est « trop tard ». On voit ici non seulement comment les principes d'égalité dans l'accès aux soins et de santé trans se heurtent aux discriminations multiples (statut, origine, identité et expression de genre), mais également la manière dont cette situation participe des déterminants défavorables de la santé (cf. *supra*, II.B.).

L'absence de statut de séjour a aussi pour effet la peur de s'adresser aux prestataires de soins, et l'anticipation de discriminations dans les lieux de soins. Il peut s'agir d'une crainte de (re)vivre des discriminations du fait de ce statut<sup>68</sup>, mais aussi de la peur du renvoi. C'est ce qu'a vécu Inès à plusieurs occasions, ce qui a contribué à l'éloigner durant des années de services spécialisés. L'isolement et le défaut d'information mentionnés ci-dessus influent en effet la perception de risques en cas de recours aux soins, comme le fait d'être dénoncé·e·x. aux autorités migratoires. Pour les personnes trans, cette peur se conjugue à la crainte de discriminations, de rejet ou de jugements transphobes. Lorsqu'il y a un accès aux soins, ces peurs peuvent se matérialiser, très souvent en lien avec le fait d'être mégenré·e·x

<sup>65</sup> GABRIELLE STEFFEN, « Sans papiers : LAMal et accès effectif aux soins », *REISO, Revue d'information sociale*, 22.05.2017, Internet : <https://www.reiso.org/articles/themes/politiques/1780-sans-papiers-lamal-et-acces-effectif-aux-soins>.

<sup>66</sup> Rainbow Spot, (n. 2) ; MARIANNE CHBAT, « Être homosexuel et d'origine libanaise en contexte montréalais : identifications ethno-sexuelles multiples, complexes et variables », *Reflets*, 23 (1), 148–173, Internet : <https://doi.org/10.7202/1040752ar> ; Mylène De Repentigny-Corbeil, « Discriminations intersectionnelles et stratégies identitaires : les vécus et perceptions des Marocain·e·s LGBTQIA+ de première génération d'immigration à Montréal », *Alterstice*, 10 (1), 57–68, Internet : <https://doi.org/10.7202/1084802ar>.

<sup>67</sup> Rainbow Spot, (n. 2).

<sup>68</sup> JAVI FUENTES BERNAL, « Accès aux soins des personnes trans migrantes : l'apport des services de soutien intégrés transaffirmatifs et intersectionnels », *Écrire le social*, no 6, octobre 2024, Internet : <https://shs.cairn.info/revue-ecrire-le-social-la-revue-de-l-aifris-2024-1-page-6?lang=fr&tab=texte-integral#s2n5>.

dans des services médicaux non spécialisés. Ludmila, une femme trans sans statut légal, raconte cette expérience :

« (...) là ils disent Monsieur. Parce que peut-être je ne leur dis pas qu'ils m'appellent de telle manière, ils se basent plus sur le nom [officiel]. (...) il y a une réception, où tu peux changer ton numéro de téléphone, ton adresse, tout ça, mais il n'y a pas de lieu où il y aurait de l'inclusion, où on te dit « tu veux être traité comme ça, tu veux qu'on t'appelle de telle manière... » » (Ludmila).

## 2. Barrières administratives et enjeu de formation du personnel médical

Lorsque les personnes accèdent à l'information pour pouvoir s'affilier à l'assurance-maladie et demander des subsides, et qu'elles ont pu commencer un suivi médical, comme pour toutes les personnes trans, elles doivent passer par les étapes nécessaires à la prise en charge assurantielle des soins d'affirmation de genre<sup>69</sup>. Comme on l'a vu ci-dessus, celles-ci maintiennent en pratique, en dépit des standards internationaux de dépsychopathologisation, l'exigence d'un suivi et d'un avis d'une personne psychiatre. Pour Ludmila, qui sait depuis très jeune et bien avant son arrivée en Suisse qu'elle veut transitionner, ce passage est requis. Mais pour elle, cette barrière administrative dans le processus médical va s'articuler avec des enjeux liés à son statut. En effet, son psychiatre a des réserves dues à son statut de séjour, freinant le début de suivi, et la prescription de l'hormonothérapie. Inquiet de la situation administrative, il hésite dans la prise en charge, parce qu'il ne dispose pas de suffisamment d'informations.

« (...) je me souviens, lui [le psychiatre] ne voulait pas me prendre en charge, il avait des doutes (...). Je pense que surtout parce qu'il avait peur à cause du paiement (...). Ah oui, et aussi parce qu'à ce moment je demandais le subside, et je pensais qu'ils n'allaient pas me le donner, pour cela il avait ce doute. Mais pas de rejet, jamais. Il me demandait toujours comment était ma situation, il voulait des informations. (...) Depuis le début, il voulait m'aider, (...) donc je pense qu'il avait des doutes, à cause de la situation administrative, mais dès qu'il y a eu plus de sécurité, sa confiance a augmenté. (...) je ne sais pas comment il est avec les autres filles, peut-être que si une personne sans papier vient, il ne commence pas une thérapie, car oui je sais qu'il pensait beaucoup à cette situation administrative » (Ludmila).

On voit bien ici comment les difficultés dans l'accès aux soins, et dans l'accueil médical ont trait simultanément au parcours médical et administratif lié à la transition (passage par un·e·x psychiatre en vue d'une prise en charge par l'assurance) et à la situation administrative liée au statut de séjour (absence de permis, incertitude financière et assurantielle). Dans cette configuration, un facteur très important est la formation, et l'information, dispensées aux médecins. Dans le cas de Ludmila, le psychiatre n'est pas informé, mais à la suite de l'intervention de l'association, il comprend mieux la situation, confirme le suivi psychothérapeutique, et prescrit des mesures médicales d'affirmation de genre. Toutefois, ce qui se joue ici de manière plus générale, c'est un risque de méconnaissance des réalités des personnes trans et des statuts migratoires. Marc, psychiatre au sein d'un service hospitalier s'adressant aux migrant·e·x·s, identifie un double écueil possible dans l'accès aux soins :

« On le voit pour tout, mettre une prothèse de hanche à quelqu'un qui n'a pas de statut clair, on va pas le faire, il faut se battre, il y a des choses presque du domaine de l'impossible, parce qu'il y a ce statut-là, après, qui plus est, si c'est par exemple pour un processus de transition, qui est quelque chose que je pense une grande partie des médecins ont une connaissance très restreinte de qu'est-ce que ça implique, qui peut faire ça, et voilà, sans parler des convictions que peut avoir tout un chacun par rapport à ça, je pense que là on accumule les barrières par rapport à l'accès aux soins » (Marc).

Ce double obstacle, à la croisée des discriminations fondées sur le statut et la transidentité, peut être atténué en renforçant la sensibilisation et les bonnes pratiques au sein du monde médical, en particulier en travaillant sur l'élimination des présupposés liés aussi bien à l'identité et l'expression de genre qu'au statut migratoire, afin de véritablement « prioriser les soins »<sup>70</sup>. Ceci est nécessaire pour garantir une pleine application du cadre légal et réglementaire en matière de santé trans et d'accès égalitaire aux prestations indépendamment du statut.

## 3. Illégalité du statut et illégitimité de l'identité trans

La précarité du statut de séjour, incarnée dans le défaut d'information et les barrières administratives (non-affiliation à l'assurance et aux subsides, frein et retard dans la prise en charge), se traduit aussi au plan subjectif par un sentiment de non-droit ou d'illégitimité à envisager sa transition. Les retombées de la précarité en termes d'effacement de la personne, de sentiment de

<sup>69</sup> Sur les détails de ces conditions administratives et assurancielles, voir le guide réalisé par le Pôle trans du Checkpoint Vaud, Internet : <https://www.profa.ch/pole-trans/guide-admin>.

<sup>70</sup> JAVI FUENTES BERNAL et al., (n. 69), 13.

non-existence, impactent l'identité et le parcours trans, s'ajoutant aux causes de non-recours aux prestations, et participant au retard voire au blocage du processus de transition. On retrouve ici Inès, qui explicite ce ressenti :

*« En tant que personne migrante et sans statut c'est très très difficile en tout cas pour moi, de mener la vie au quotidien, parce qu'il y a deux trucs : et je suis migrant-e, sans statut, et j'ai cette question, donc deux batailles en même temps que je mène, donc pour les papiers, et pour mon identité (...). Et à un moment j'ai eu un blocage, je pouvais plus rien faire, parce qu'il y avait ce truc des papiers, (...) du coup ça m'angoissait, ça créait en moi une frustration, mais sans le vouloir, c'était automatique : t'as pas de papiers, c'est comme si j'existais pas, je me disais à moi-même que j'existais pas, que j'avais pas le droit de faire ça, la transition, ni rien, ni même pas penser à ma vraie identité de genre, tant que j'ai pas de papiers, parce que je dois déjà être à égalité avec le reste de la population » (Inès).*

Cette transposition de l'illégalité du statut dans l'illégitimité de l'identité trans, peut aussi faire obstruction à l'expression d'une parole trans au sein des consultations psychothérapeutiques. Cette parole peut être bloquée non seulement par l'histoire et le statut migratoires, et les traumatismes qui y sont liés, mais aussi par le fait d'être privé·e·x d'une place dans la société, ce qui peut empêcher un récit d'émerger. C'est ce que Marc perçoit dans l'expérience de consultations avec des personnes au statut précaire :

*« (...) avant même ça [parler de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre], il faut avoir un statut social, il faut avoir des papiers, (...) c'est qu'il faut quand même d'abord avoir une identité sociale, avant de pouvoir avoir une identité narrative, de pouvoir se raconter, il faut déjà d'abord pouvoir se situer dans la société, et quand on est sans papier on est sans identité, on n'est rien, (...) il y a l'aspect de tous les traumatismes, qui peuvent faire barrière, le transculturel, la langue, mais il y a aussi cette problématique vraiment de pas avoir de place dans une société. (...) C'est qu'une fois que les gens ont un statut, permis B, eh bien que quelque chose va pouvoir se raconter, mais tant qu'on est dans cette attente, dans cette incertitude – « je reste, je dois être renvoyé, je sais pas, je dois attendre, c'est repoussé d'une année » – toutes ces choses-là, ça fait qu'on est dans un autre cadre temporel, et qui ne permet pas la narration » (Marc).*

L'intériorisation de l'absence de statut au plus profond de l'identité de la personne humaine construit ainsi également les parcours trans. Le cheminement interne conduisant à pouvoir se dire, extérioriser ses besoins, aller vers une affirmation de genre si la personne le souhaite, notamment par la demande d'accéder à des mesures médicales, est intimement lié avec cette position particulière dans la société. Renforcer l'accueil inclusif dans les soins pour mieux accompagner les parcours trans passe ainsi simultanément, de manière intersectionnelle et structurelle, par une sensibilisation et une information concernant les personnes sans statut légal, et une action politique visant l'amélioration de leurs conditions de vie et des possibilités de régularisation.

#### IV. Conclusion

Les instruments juridiques du droit international et du droit interne qui sous-tendent le droit humain à la santé exigent son application sans discrimination, liée notamment à l'origine nationale ou ethnique, au statut migratoire, à l'identité et/ou l'expression de genre. Ces garanties s'appliquent tant à l'accès aux biens et services médicaux qu'à l'accueil dans les soins, notamment par l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins indépendamment du statut de séjour et une prise en charge de qualité, y compris dans les CFA et les foyers du domaine de l'asile. Les standards internationaux actuels en matière d'accès aux mesures médicales d'affirmation de genre exigent au surplus la dépsychiatriation et la dépsychopathologisation des personnes trans, et l'accès aux plus hauts standards de soins dans une diversité de situations, comme dans des centres d'hébergement collectif. Par ailleurs le droit international requiert une attention particulière aux vulnérabilités et besoins spécifiques touchant les personnes exposées à des discriminations intersectionnelles, qui concernent notamment le droit à la santé des personnes trans requérantes d'asile, réfugiées ou sans statut légal. Des travaux ont en effet montré l'imbrication de vulnérabilités affectant la santé et l'accès aux soins de personnes trans et LGBTQIA+ en contexte de migration.

En pratique, de nombreux obstacles empêchent ou freinent la concrétisation de ces principes pour des personnes relevant de l'asile ou sans statut légal. Dans le domaine de l'asile, les failles dans l'accès aux soins ont pour conséquence une attente contrainte de la transition médicale, avec des retards importants dans la prise en charge de mesures d'affirmation de genre, même pour des personnes qui avaient commencé un traitement hormonal dans leur pays d'origine, et péjorant la santé mentale des personnes concernées. De plus, la non-prise en considération des besoins spécifiques des personnes trans dans l'attribution cantonale a pour ef-

fet une grande disparité dans la prise en charge selon le lieu. L'organisation des soins comporte également une (re)psychopathologisation des personnes par l'orientation systématique vers des psychiatres, en contradiction avec les standards internationaux en matière de mesures d'affirmation de genre.

En ce qui concerne les personnes trans sans statut légal, des obstacles conjugués liés à la précarité du statut migratoire et aux discriminations fondées sur l'identité et/ou l'expression de genre se manifestent dans l'isolement, la peur et le non-recours aux soins, et ainsi dans l'exclusion de mesures d'affirmation de genre parfois pendant plusieurs années. De surcroît, aux difficultés administratives du parcours médical et administratif de transition s'ajoutent les obstacles découlant du statut de séjour, pouvant freiner le corps médical dans son soutien aux mesures d'affirmation de genre. Enfin, l'illégalité du statut s'incarne aussi de manière plus subjective dans un sentiment d'illégitimité de l'identité trans ou de non-droit à la transition. Les retombées de la précarité du statut en termes de sentiment de non-existence impactent ainsi les parcours trans et participent des barrières aux soins.

Ces échos de la pratique éclairent une mise en œuvre incomplète et problématique du droit à la santé pour des personnes trans relevant de l'asile et des personnes trans sans statut légal. Sa concrétisation se heurte aux discriminations multiples auxquelles ces personnes sont exposées, insuffisamment prises en considération pour assurer leur accès aux mesures médicales d'affirmation de genre conformément au droit. La conjugaison d'obstacles obstruant les soins dans ce domaine, fondés simultanément sur le statut migratoire et l'appartenance à une minorité de genre, doit être mieux identifiée. Il s'agit de vulnérabilités spécifiques et structurelles nécessitant une attention et des mesures particulières facilitant l'accès aux soins, afin d'éliminer les discriminations sur ce terrain.

## Medizinische Behandlung von transgender Kindern

### Rechtsfragen am Schnittpunkt von Individualität, Medizin, Familie und Gesellschaft

Sandra Hotz\* / Nadège Salzmann\*\*

*Cet article explore les questions juridiques soulevées par la prise en charge médicale des enfants transgenres en Suisse, à la croisée du droit, de la médecine et de l'éthique. Il analyse les principes de capacité de discernement, d'autodétermination et de participation, en soulignant l'absence de seuil d'âge fixé par la loi pour la prise de décisions médicales dans les domaines hautement personnels. L'article distingue les traitements réversibles, partiellement réversibles et irréversibles, et plaide pour une évaluation au cas par cas fondée sur le consentement éclairé du mineur. Il appelle à une approche participative intégrant les parents et les professionnels de santé, dans le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant.*

In diesem Beitrag werden die rechtlichen Fragen untersucht, die sich an der Schnittstelle von Recht, Medizin und Ethik aus der medizinischen Behandlung von Transkindern in der Schweiz ergeben. Er analysiert die rechtlichen Grundsätze der Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung und Partizipation und hebt hervor, dass es keine gesetzliche Altersgrenze für medizinische Entscheidungen in hochpersönlichen Bereichen gibt. Der Beitrag unterscheidet zwischen reversiblen, teilweise reversiblen und irreversiblen Behandlungen und plädiert für eine Einzelfallprüfung auf Grundlage der informierten Einwilligung des Minderjährigen. Zudem wird ein partizipativer Ansatz unter Einbeziehung der Eltern und der Gesundheitsfachpersonen gefordert, der dem Kindesinteresse Rechnung trägt.

#### I. Rechtsfragen zur medizinischen Behandlung von transgender Kindern

Ziel des Beitrags ist es, konkrete rechtliche Fragestellungen im Kontext der medizinischen Behandlung von jungen Personen darzulegen, die eine Angleichung ihres Körpers an die empfundene Geschlechtsidentität anstreben. In der Praxis zeigt sich, dass Kinder, Eltern und medizinische Fachpersonen die einschlägigen rechtlichen Rahmenbedingungen häufig nicht ausreichend kennen. So ist etwa die Annahme, ein Kind sei ab dem zwölften Lebensjahr regelmässig resp. auto-

\* Prof. Dr. iur., Chair droit de la santé et droit civil, Co-directrice de l'Institut de droit de la santé, Faculté de Droit, Université de Neuchâtel.

\*\* Dr. iur., Postdoctorante, Institut de droit de la santé, Faculté de Droit, Université de Neuchâtel.