



Septembre 2024

Rapport de recherche

Les risques de précarité encourus par les
personnes LGBT en matière de logement
et de santé en Région wallonne

Institut de la décision publique

Perrin Loïc

Renard Juliette

Grandjean Geoffrey

Table des matières

I. Acronymes et sigles	5
II. Terminologie	6
III. Introduction	8
IV. Méthodologie et limites	9
1. La méthodologie	9
2. Les limites	12
V. État de la littérature	15
1. La précarité en matière de logement	15
Les différentes formes de sans-abrisme	17
Les structures d'accueil et d'hébergement	27
Le sans-abrisme et l'emploi	29
2. La précarité en matière de santé	29
Le rapport aux institutions et l'accès aux soins	33
La santé mentale des personnes LGBT	41
Les parcours de soins en dehors du système institutionnel	43
VI. Répartition des compétences en Région wallonne	47
1. Le logement	47
2. La santé	48
3. La lutte contre les discriminations	48
VII. Analyse empirique	50
1. Les profils et les parcours de vie des personnes rencontrées	50
2. La précarité en matière de logement pour les personnes LGBT en Région wallonne	51
Les observations générales	51
De la rupture familiale au sans-abrisme et au sans-chez-soirisme	52
L'accueil d'urgence en Région wallonne	55
Quelles perspectives ? La question de l'accès à un logement pérenne	58
3. La précarité en matière de santé pour les personnes LGBT en Région wallonne	61
Les observations générales	61
L'accès aux soins	62
VIII. Recommandations	92
IX. Conclusion	95
X. Bibliographie	96
XI. Annexes	107
1. Le logement	107
Les principes généraux	107
La lutte contre les discriminations	114
2. La politique de santé	118

Les principes généraux _____	118
La politique de santé, une compétence morcelée _____	119
Zoom sur certains acteurs _____	125
3. La lutte contre les discriminations _____	127
Le contexte général _____	127
La lutte contre les discriminations en Région wallonne _____	128
4. Documents _____	135
Le formulaire d'information et de consentement RGPD _____	135
L'affiche de promotion de la recherche _____	139
Le calendrier de la recherche _____	140



Nous tenons à remercier les différentes personnes qui ont participé, d'une manière ou d'une autre, à cette recherche. Nous pensons notamment aux personnes qui ont témoigné, aux actrices et acteurs des secteurs de la santé et du logement en Région wallonne, à la Fédération Prisme et au SPW Intérieur et Action sociale. Merci pour votre confiance et votre disponibilité.

I. ACRONYMES ET SIGLES

AIS	Agence immobilière sociale
ASI	Association de santé intégrée
AVIQ	Agence wallonne pour une vie de qualité
COCOF	Commission communautaire française
CPVS	Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles
CWASS	Code wallon de l'action sociale et de la santé
CWDH	Code wallon de l'habitation durable
ETHOS	European Typology of Homelessness and Housing Exclusion
FEANTSA	European Federation of National Organisation working with the Homeless
FRA	European Union Agency for Fundamental Rights
HIV	Human immunodeficiency viruses (VIH en français)
HS	Hormonothérapie substitutive
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IEFH	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
ILGA	International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
MAC	Maison Arc-en-Ciel
OMS	Organisation mondiale de la santé
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
RWLP	Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté
RWDH	Rassemblement Wallon pour le Droit à l'Habitat
SLSP	Société de logement de service public
SLW	Société wallonne du logement
SPW	Service public de Wallonie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine (HIV en anglais)

II. TERMINOLOGIE

L'acronyme LGBTQIA+ renvoie aux personnes lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Transgenres, *Queer*¹, Intersexes², Asexuelles et plus, le « plus » renvoyant à toute autre forme de diversité d'orientation sexuelle, d'orientation romantique, d'identité de genre et d'expression de genre. Notons d'emblée que ces différentes « catégories » ne renvoient pas à une expérience commune à toutes les personnes qui s'identifient comme lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, etc. Dès lors, il est important de garder à l'esprit que ces identités se vivent différemment selon les individus, et aussi selon qu'elles sont en intersection avec d'autres caractéristiques individuelles comme l'origine ethnique, le statut socioéconomique, ou encore le fait d'être en situation de handicap. Aucune étude, même en cherchant à diversifier les profils et les vécus rencontrés, n'est donc à même de capturer l'étendue du vécu des personnes LGBTQIA+³.

L'identité de genre « correspond à l'expérience intime et personnelle de son genre vécue par chacun et chacune, indépendamment des caractéristiques biologiques »⁴.

- « Les personnes **transgenres** sont des personnes dont le genre ne correspond pas à celui qui leur a été assigné à la naissance. Elles peuvent à tout moment au cours de leur vie, décider de s'engager dans un parcours de transition. [...] [Les transidentités sont] donc une expérience indépendante de la morphologie et donc du sexe ou de la sexualité des personnes »⁵. Il faut rappeler que « [l]es parcours de transition sont d'une grande diversité, propres à chacune et chacun, et relèvent de la vie privée des personnes. Ainsi, certaines personnes transgenres modifient leur apparence physique et utilisent un autre prénom et pronom dans leur vie quotidienne (transition sociale). Elles peuvent également décider de modifier leur prénom et/ou la mention de sexe à l'état civil (transition juridique). Certaines décident d'avoir recours à des traitements hormonaux et/ou à différentes opérations chirurgicales (transition médicale). »⁶
- A contrario, on dit « d'une personne qu'elle est **cisgenre** [(ou cis)] lorsque son identité de genre est en adéquation avec le genre qui lui a été assigné à la naissance. »⁷

L'expression de genre est la « manière dont une personne exprime ouvertement son genre. Cela peut inclure ses comportements et son apparence, comme ses choix vestimentaires, sa

¹ Une **personne queer** est une personne « dont le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et/ou l'expression de genre diffère des attentes de la société, est considéré comme “non conforme, non traditionnelle, hors catégorie”. Ce terme définit donc toutes les lettres du sigle LGBTQIA+ ». RAINBOWHOUSE, *Glossaire*, Édition 2023, p. 43, disponible à l'adresse suivante : www.rainbowhouse.be/wp-content/uploads/2023/02/glossaire-2023-web_compressed.pdf (consulté le 13 août 2024).

² Les **personnes intersexes** ont « une somme de caractéristiques liées au sexe (chromosomiques, gonadiques, hormonaux ou génitaux), et ce souvent dès la naissance, qui ne correspondent pas aux définitions médicales binaires des corps masculins ou féminins. » D. DUBUC, *LGBTQI2SNBA+ : les mots de la diversité liée au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle*, Comité orientations et identités sexuelles de la FNEEQ-CSN, 2017, p.14.

³ M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic: Obstacles to care and provider adaptations », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, avril 2023, vol. 35, n° 2, p. 175.

⁴ C. HEDON, *Avis du Défenseur des Droits sur la proposition de loi n°435 (2023-2024) visant à encadrer les pratiques médicales mises en oeuvre dans la prise en charge des mineurs en questionnement de genre, déposée au Sénat le 19 mars 2024*, Défenseur des droits (République Française), 6 mai 2024.

⁵ C. HEDON, *op. cit.*

⁶ *Ibid.*

⁷ RAINBOWHOUSE, *op. cit.*, p. 12.

coiffure, le port de maquillage, son langage corporel et sa voix. L'expression de genre est indépendante du sexe assigné à la naissance et n'est pas nécessairement liée à l'identité de genre telle que vécue personnellement et intimement »⁸.

L'**orientation sexuelle** est « l'attraction sexuelle ou l'absence d'attraction sexuelle envers une personne (homme, femme, et/ou personne d'un autre genre) »⁹. L'**orientation romantique** est « l'attraction romantique ou l'absence d'attraction romantique [...] envers une personne »¹⁰. L'orientation romantique peut être différente de l'orientation sexuelle : par exemple, il se peut qu'une personne asexuelle soit attirée romantiquement par quelqu'un d'autre.

- Une **personne hétérosexuelle** « éprouve de l'attraction romantique et/ou sexuelle pour des personnes du genre "opposé". L'hétérosexualité s'inscrit dans le système de binarité des genres »¹¹.
- Une **personne homosexuelle** « éprouve de l'attraction romantique et/ou sexuelle pour des personnes du même genre »¹².
- Une **personne bisexuelle** « éprouve de l'attraction romantique et/ou sexuelle pour des personnes de plus d'un genre »¹³.
- Une **personne pansexuelle** « éprouve de l'attraction romantique et/ou sexuelle pour d'autres personnes indépendamment de leur genre »¹⁴.
- Une **personne asexuelle** « peut ressentir une attraction romantique ou émotionnelle, mais ne ressent généralement pas ou peu d'attraction sexuelle envers d'autres personnes »¹⁵.
- Une **personne aromantique** « peut ressentir une attraction sexuelle, mais ne ressent généralement pas ou peu d'attraction romantique envers d'autres personnes »¹⁶.

⁸ BUREAU DE LUTTE CONTRE L'HOMOPHOBIE ET LA TRANSPHOBIE DU QUEBEC, *Lexique sur la diversité sexuelle et de genre*, 2023, p. 9, disponible à l'adresse suivante : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/Violences/LEX-lexique-diversite-sexuelle-genre-FR-SCF.pdf> (consulté le 13 août 2024).

⁹ RAINBOWHOUSE, *op. cit.*, p. 38.

¹⁰ *Ibid.*, p. 37.

¹¹ *Ibid.*, p. 24.

¹² *Ibid.*, p. 26.

¹³ *Ibid.*, p. 11.

¹⁴ *Ibid.*, p. 38.

¹⁵ *Ibid.*, p. 9.

¹⁶ *Ibid.*, p. 9.

III. INTRODUCTION

Si la question des risques de précarité encourus par les personnes LGBT suscite l'intérêt croissant de la littérature scientifique anglophone, cette thématique reste toutefois peu étudiée dans le paysage francophone. Cette recherche qualitative, réalisée sur demande du Service public de Wallonie (SPW) Intérieur et Action Sociale, vise à établir un état de la situation des **risques de précarité** encourus par les personnes LGBT en Région wallonne, en mettant spécifiquement l'accent sur deux champs de compétence régionaux : **le logement et la politique de santé**. Le second objectif de cette étude, conséquent du premier, consiste à élaborer des **recommandations** à destination des autorités publiques wallonnes. Notons dès à présent que cette recherche revêt un caractère exploratoire : il s'agit avant tout de proposer un premier panorama des risques de précarité encourus par les personnes LGBT en Wallonie, et d'ainsi ouvrir la voie à de futurs travaux.

Après avoir exposé synthétiquement notre méthodologie, une revue de la littérature, divisée en deux sections principales (logement et santé), est proposée. S'en suit un bref chapitre consacré à la répartition des compétences en matière de politique de santé, de logement et lutte contre les discriminations, afin de circonscrire avec précision le champ d'action de la Région wallonne. Nous présentons ensuite les résultats de notre étude empirique. Celle-ci repose sur l'analyse de *focus groups* et d'entretiens semi-directifs réalisés entre mai et juillet 2024. Durant ces discussions, nous nous sommes entretenus avec des personnes LGBT pouvant témoigner d'une expérience de précarité en matière de logement et/ou de santé, ainsi qu'avec des professionnelles et professionnels de ces deux secteurs. Enfin, une série de recommandations à destination des pouvoirs publics régionaux sont énumérées. Une bibliographie qui regroupe les références d'études et de recherches relatives aux risques de précarité des personnes LGBT est également disponible. Enfin, une analyse juridique détaillée des compétences régionales wallonnes est reproduite dans les annexes.

IV. METHODOLOGIE ET LIMITES

Dans ce chapitre, nous exposons la méthodologie qui a été mobilisée pour mener à bien cette recherche. Vu le caractère réflexif de notre démarche, nous présentons également les différentes limites de cette étude.

1. La méthodologie

Dans un premier temps, une revue de littérature a été réalisée. Il s'agissait de dresser un panorama des travaux qui ont déjà été réalisés sur la thématique des risques de précarité encourus par les personnes LGBT en matière d'accès au logement et aux soins de santé. Un des objectifs premiers de cet **état de l'art** consistait en l'identification de « la frontière entre ce qui a déjà été fait et ce qui a besoin d'être étudié »¹⁷ : nous avons notamment pris conscience que si notre sujet de recherche fait l'objet d'une série d'études anglo-saxonnes et nord-américaines, il est toutefois peu documenté dans la littérature francophone. Cette revue contribue également à présenter certains concepts et termes techniques liés à la thématique étudiée (*couchsurfing*, *hidden homelessness*, etc.)¹⁸.

Outre cet état de l'art, nous avons procédé à une **analyse rigoureuse des compétences** de la Région wallonne en matière de logement, de politique de santé, et de lutte contre les discriminations. En vertu du principe d'exclusivité des compétences, chaque composante de l'État fédéral belge (qu'il s'agisse de l'Autorité fédérale, d'une Région, d'une Communauté ou d'une Commission communautaire) est compétente à titre exclusif dans ses attributions. Cependant, ce principe n'empêche nullement le découpage des domaines de compétences entre plusieurs niveaux de pouvoir. Il semble donc primordial de déterminer précisément l'étendue des compétences de la Région wallonne, afin d'élaborer des recommandations qui entrent directement en résonance avec celles-ci.

Vient ensuite la **collecte empirique de données**. Nuançons toutefois le séquençage entre les différentes étapes de notre design de recherche : si les exigences de clarté nous conduisent à présenter successivement les différentes phases de notre étude, nous avons en réalité fait des allers-retours constants entre le terrain et la littérature. La collecte des données s'est articulée autour de deux méthodes de nature qualitative : le *focus group* et l'entretien semi-directif. Les techniques de recherche qualitative sont des vecteurs privilégiés pour « saisir l'imprévu »¹⁹, et pour explorer le sens que les acteurs donnent à des phénomènes sociaux²⁰. Si la présente étude vise donc à la compréhension du social²¹ plutôt qu'à l'élaboration de schèmes généralisables, il est certain que de futures recherches quantitatives consacrées aux risques de précarité des personnes LGBT en Belgique constitueraient un complément bienvenu.

La première phase de la récolte de données était consacrée à la rencontre **d'actrices et d'acteurs de première et de seconde ligne**. Deux *focus groups* ont été menés dans les locaux du Service

¹⁷ H. DUMEZ, « Faire une revue de littérature : pourquoi et comment ? », *Le Libellio d'AEGIS*, 2011, vol. 7, n° 2, p. 18.

¹⁸ Pour plus de précisions sur les objectifs d'une revue de littérature, voir C. Hart, *Doing a literature review : Releasing the social science research imagination*, LA/London, Sage, 2009, p. 27.

¹⁹ P. COUTY, « Qualitatif et quantitatif », *Bulletin de Liaison STATECO*, 1983, vol. 34, p. 91.

²⁰ C. POPE et N. MAYS, « Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. », *BMJ : British Medical Journal*, juillet 1995, vol. 311, n° 6996, pp. 42-45.

²¹ Les propos recueillis durant les différents discussions individuelles et collectives reflètent donc la réalité telle qu'elle est vécue individuellement par chacune et chacun, et ne peuvent être considérés comme reflétant le vécu de l'ensemble de la communauté LGBTQIA+, ou de l'ensemble des professionnels de la santé et de l'accompagnement social.

public de Wallonie (SPW) Intérieur et Action sociale, à Namur. Le premier *focus group*, consacré au logement, s’est tenu le mardi 21 mai 2024, tandis que le second, axé sur la politique de santé, a eu lieu le mardi 28 mai 2024.

<i>Focus group</i> “Logement”	<i>Focus group</i> “Santé”	Entretiens complémentaires
Unia Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP) Rassemblement Wallon pour le Droit à l’Habitat (RWDH) Fédération Prisme Maison Arc-en-Ciel (MAC) de la province de Luxembourg	Unia Fédération Prisme Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) de Namur Médecin généraliste, titulaire en Maison Médicale	Refuge Ihsane Jarfi (2 personnes présentes) Collectif contraception de Seraing ASBL La Traille (2 personnes présentes) ASBL Comme Chez Nous

Durant ces moments d’échange, nous avons mis en évidence, sur la base d’expériences du secteur professionnel, les dynamiques à l’œuvre quant aux risques de précarité des personnes LGBT en matière de logement et d’accès aux soins de santé. Ces *focus groups* s’inscrivaient dans la phase exploratoire de la récolte de données : nous avons exploré des pistes de réflexion qui dans un second temps, ont contribué à alimenter les discussions individuelles avec le public cible (cf. *infra*). En plus de ces deux *focus groups*, quatre entretiens semi-dirigés ont également été réalisés avec des professionnelles et professionnels du secteur qui n’étaient pas disponibles lors des discussions de groupe.

Nous nous sommes également rendus à Bruxelles le 15 mai pour participer à la rencontre « Comment mieux inclure les personnes LGBTQIA+ dans les soins et services de première ligne ? », organisée conjointement par le ministre de la COCOM, chargé de la Santé et de l’Action sociale, la Ministre-Présidente de la VGC, en charge du Bien-être, de la Santé et des Familles, et la Ministre-Présidente de la COCOF, en charge de la Promotion de la Santé et des Familles. Lors de cet évènement, nous avons assisté à la présentation de l’étude *Les lieux de santé spécifique pour les personnes minorisées en genres et sexualités*, ainsi qu’à deux panels intitulés « LGBTQIA+ et la première ligne de soins », et « LGBTQIA+ et le sans-abrisme ». Ce fut l’occasion pour nous d’échanger avec des opérateurs bruxellois des secteurs du logement et des soins de santé.

Dans le cadre de la seconde phase de la récolte de données, nous avons rencontré **onze personnes qui s’identifient comme appartenant à la communauté LGBT**, et qui ont vécu/vivent des difficultés en matière d’accès au logement et/ou aux soins de santé. Pour promouvoir l’enquête et atteindre ce public cible, une stratégie de diffusion a été mise sur pied. Nous avons réalisé une affiche en collaboration avec la Fédération Prisme (cf. annexes). Celle-ci a été envoyée à de nombreuses organisations actives en Région wallonne. À titre exemplatif, elle a été diffusée par plusieurs centres de planning familial, des associations de santé intégrée (ASI), des Maisons Arc-en-Ciel et des collectifs militants (tels que TransPédéGouines). Des affiches ont aussi été disposées dans certaines maisons communales et Centres Publics d’Action sociale. Des flyers ont également

été imprimés, et ont été distribués par la Fédération Prisme lors de la Brussels Pride 2024 et lors des Fiertés Namuroises. L’affiche comporte un QR code directement connecté à un formulaire en ligne, ce qui nous permettait de récolter une adresse mail et/ou un numéro de téléphone. Nous avons ensuite contacté les personnes qui ont répondu à ce formulaire, afin de convenir d’un lieu et d’une date pour la réalisation de l’entretien. En procédant de cette manière, les personnes ne divulguent directement, dans le formulaire, que très peu d’informations personnelles.

Les rencontres avec ces onze personnes ont pris la forme d’entretiens semi-dirigés en présentiel ou en ligne par visioconférence, à la convenance de la personne interviewée. Les guides d’entretien ont été construits sur la base de la revue de littérature, de l’analyse des répartitions de compétence et des pistes de réflexion abordées par les secteurs durant les *focus groups*. Rappelons que la dimension semi-dirigée de l’entretien est particulièrement importante dans le cadre de notre recherche, puisqu’elle laisse « le champ ouvert à d’autres réponses que celles » prévues « dans [le] modèle d’analyse »²². Dès lors, les guides d’entretien laissaient une place de choix à l’émergence d’informations nouvelles : nous initiions les discussions par des questions très larges à propos du parcours de vie de la personne interviewée.

De nombreuses précautions ont été prises quant au respect de la protection des données. Les entretiens avec le public cible ont tous été anonymisés. Au début de chaque rencontre, nous demandions à la personne interviewée de choisir un pseudo, dont nous pourrions faire usage dans le rapport final. Nous avons également demandé systématiquement l’autorisation d’enregistrement. Enfin, un formulaire d’information de consentement RGPD – réalisé par nos soins (cf. annexes) – a été signé par chaque personne interviewée. Ce document présente une description de l’étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés. Il prévoit également une procédure de retrait du consentement à participer à l’étude.

L’ensemble des *focus groups* et des entretiens ont été retranscrits. Sur le plan analytique, ces retranscriptions ont été codées selon la méthode de **l’analyse thématique**²³, afin de mobiliser transversalement les données collectées.

« Avec l’analyse thématique, la thématization constitue l’opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d’un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l’orientation de recherche (la problématique). L’analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l’examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu’il s’agisse d’une transcription d’entretiens ou de divers types de documents (organisationnels, gouvernementaux, littéraires). »²⁴

Grâce à cette méthode, nous avons donc pu faire dialoguer le vécu de notre public cible et les discussions avec le secteur, autour de thématiques (et sous-thématiques) communes. Pour mener à

²² L. VAN CAMPENHOUDT, J. MARQUET et R. QUIVY, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Malakoff, Dunod, 2017, p. 232.

²³ V. BRAUN et V. CLARKE, « Using thematic analysis in psychology », *Qualitative Research in Psychology*, janvier 2006, vol. 3, n° 2, pp. 77-101.

²⁴ P. PAILLE et A. MUCCHIELLI, *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Collection U, Malakoff, Armand Colin, 2021, p. 270.

bien cette analyse, les logiciels Nvivo²⁵ et Corpus²⁶ ont été mobilisés. Nos analyses nous ont permis d'énoncer différentes recommandations à destination des pouvoirs publics wallons.

Enfin, cette recherche a fait l'objet d'un **suivi régulier**. Un comité d'accompagnement, composé de l'équipe de recherche, des pouvoirs publics wallons commanditaires et de la Fédération Prisme s'est réuni à quatre reprises : le 20 mars, le 15 mai, le 28 juin, et le 26 juillet. Le jeudi 25 avril, une réunion a également été organisée avec la Fédération Prisme, afin de discuter de la composition des *focus groups* et de la stratégie de diffusion de l'affiche de promotion de la recherche.

2. Les limites

Cette recherche exploratoire, de nature qualitative, comporte toutefois des limites.

Tout d'abord, la nature qualitative de la récolte de données ne permet **pas une quantification des phénomènes observés**, par l'établissement de données statistiques sur ceux-ci. Il convient toutefois de rappeler que ce n'était pas l'objectif de cette étude. Dès lors, de plus amples recherches sont nécessaires afin de déterminer quantitativement l'étendue des phénomènes de précarité, en matière de logement et de santé, en Région wallonne.

Ensuite, nous faisons état de **quatre limites** relatives aux informations disponibles dans la **littérature internationale**.

Primo, peu de recherches concernant ces thématiques existent en Europe continentale ou dans des États dont les résultats peuvent être rapportés à la réalité belge et, plus précisément, wallonne. Effectivement, une partie importante de la littérature concernant la question de la précarité en matière de logement (y compris la question du sans-abrisme et de l'absence de chez-soi) est une littérature anglo-saxonne (Royaume-Uni, Irlande, Australie et Nouvelle-Zélande) et surtout, nord-américaine (États-Unis et Canada). Dès lors, si les tendances générales relevées par ces pans de la littérature peuvent nous informer des différentes facettes du phénomène étudié, il y a lieu de prendre de nombreuses précautions quant à leur potentielle transférabilité dans notre contexte belge. La nature de l'État social (*welfare state*) est effectivement très différente entre la Belgique et les États cités.

Secundo, il convient de faire preuve de prudence quant aux données chiffrées accessibles dans la littérature académique ou dans la littérature dite « grise », c'est-à-dire les rapports et autres documents produits par différentes organisations de terrain. En effet, la manière de dénombrer les phénomènes (par exemple, de « sans-abrisme » chez les personnes « LGBT ») diffère d'une recherche à l'autre. Plusieurs raisons expliquent cela : tout d'abord, il n'y a pas de définition uniformément adoptée du « sans-abrisme » à travers la littérature, qui permettrait un comptage ciblé sur une même population. De plus, de nombreuses recherches pointent la difficulté à accéder à cette population et partant, le choix de se concentrer sur certaines formes de sans-abrisme visibles (personnes séjournant dans les abris, ou les services d'aide à la jeunesse, etc.). Ce faisant, le sans-abrisme invisible, qui semble pourtant être la forme de sans-abrisme la plus courante au sein des (jeunes) personnes LGBTQIA+, se trouve à nouveau invisibilisé par ces pratiques de recherche²⁷.

²⁵ C. LEJEUNE, *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*, Bruxelles, de Boeck, 2014.

²⁶ LIEGE LEGAL TECH LAB, « Corpus | Home », *Site Web Corpus*, s.d., disponible sur <https://corpus.lltl.be/> (consulté le 26 juin 2024).

²⁷ J. ECKER, « Queer, young, and homeless: A review of the literature », *Child & Youth Services*, octobre 2016, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0145935X.2016.1151781> (consulté le 5 juin 2024).

Parallèlement à ces recherches académiques, de nombreuses organisations de service et/ou qui militent pour les droits de personnes LGBTQIA+ opèrent un dénombrement des personnes sans-abri. Toutefois, ces dénombrements – s'ils offrent d'autres perspectives et sont pertinents – sont à nouveau partiels et dépendants des personnes qui utilisent ces services et/ou avec lesquelles les organisations parviennent à entrer en contact.

Tertio, au-delà de l'accès aux personnes, la question de la catégorisation des différentes personnes comme étant membre de la communauté LGBTQIA+ semble cruciale. Par exemple, plusieurs soulignent le fait que bien que les recherches portent sur les personnes LGBTQIA+, souvent les résultats statistiques sont réduits dans une catégorisation binaire de « personnes hétérosexuelles » et « personnes non hétérosexuelles » ou « autres minorités sexuelles »²⁸. Cette tendance pose question pour deux raisons : d'une part, elle lisse les réalités vécues par les différents membres de la communauté LGBTQIA+ en agglomérant la diversité des expériences vécues. Par exemple, une importante partie de la littérature se concentre sur les enjeux et problématiques qui concernent les hommes gays (comme le sans-abrisme) alors que d'autres populations (comme les femmes lesbiennes, ou les personnes transgenres) sont peu représentées dans les recherches. Pareillement, s'il existe beaucoup d'études sur les jeunes LGBTQIA+, la question du vieillissement et des populations LGBTQIA+ plus âgées est très peu abordée par la littérature²⁹. D'autre part, ces catégorisations utilisent généralement le critère de l'orientation sexuelle comme critère de différenciation principal, invisibilisant alors les personnes transgenres et intersexes. Ceci est problématique dans la mesure où les personnes transgenres et intersexes semblent être les personnes les plus marginalisées – dans la recherche comme dans les expériences de vie – parmi les personnes de la communauté LGBTQIA+. De plus, gardons à l'esprit que toutes les personnes ayant participé aux recherches produites ne sont peut-être pas toujours en mesure (par crainte de sécurité, ou par manque de confiance) de révéler leur identité de genre ou leur orientation sexuelle.

Quarto, des questions éthiques se posent quant à la manière de récolter des données (chiffrées ou non) sur l'identité/expression de genre et l'orientation sexuelle³⁰. Au-delà de la question du respect de la vie privée des personnes, méthodologiquement, l'imposition de catégories préconçues (telles que personnes « hétérosexuelle », « homosexuelle », « bisexuelle », « cisgenre », « transgenre », etc.) comporte le risque non seulement d'une réduction de la réalité vécue à une représentation imaginée de ce à quoi la catégorie peut correspondre, mais également du regroupement de différentes réalités au sein d'une même catégorie. Effectivement, vu l'absence de définitions standardisées et l'évolution constante des « labels » assortis à différentes réalités vécues, il semble qu'il soit difficile

²⁸ *Ibid.* ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? Reviewing the relationship between LGBT identity and homelessness », *Housing Studies*, 2022, vol. 0, n° 0, pp. 1-19.

²⁹ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 14. Des recherches existent tout de même, voyez notamment sur les enjeux gériatriques : V. MILLETTE et V. BOURGEOIS-GUERIN, « Un filet de sécurité imaginé ? Le rapport de femmes âgées à la communauté LGBTQ+ à la suite du deuil d'une partenaire de même sexe. », *Rech Fem*, 2020, 33(2), pp. 107-27 ; A. ALESSANDRIN, « Vieillir LGBT/Vieillir T : la valeur heuristique du concept de la déprise », in A. MEIDANI et S. CAVALI (dir.), *Figures du vieillir et formes de déprise*, Toulouse, Érès, 2018, pp. 327-347 ; B. HEBERT B, L. CHAMBERLAND, M.C. ENRIQUEZ, « Les aîné-es trans : une population émergente ayant des besoins spécifiques en soins de santé, en services sociaux et en soins liés au vieillissement », *Frontières*, 2012, 25(1), pp. 57-81 ; A. MEIDANI, *Parcours de vie, épreuves de santé et avancée en âge : de la dé-prise au genre comme marqueur d'inégalités sociales*, Paris, La Découverte ; à paraître.

³⁰ Sur les tensions entre les risques et les bénéfices de collecter des données sur ces minorités, tant au niveau individuel que collectif, ainsi que les questions qu'une telle collecte pose d'un point de vue méthodologique ; voyez GRENOUILLEAU-ALBERTINI, LIO, SACHS, SUAREZ et SAOUT, « Collecter des données pour la santé des populations LGBTI : pourquoi, comment, avec qui ? », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, HS n° 2, pp.81-89.

de compter ces différentes réalités, et encore plus de les comparer, à travers les pays et les moments auxquels les recherches sont réalisées³¹.

Enfin, nous souhaitons exposer une dernière limite quant au public cible de notre recherche. Le cahier spécial des charges – qui comprend une description des grands objectifs de la recherche – stipule que l'étude ne concerne que les **personnes LGBT**, c'est-à-dire les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, et transgenres. Il n'est pas fait mention des personnes QIA+. Conformément aux indications prévues par le pouvoir adjudicateur, nous avons donc dû tenir compte de cette restriction de l'étendue du public cible. De **futurs travaux** mériteraient toutefois de s'intéresser aux **personnes s'identifiant comme QIA+** : la littérature scientifique fait notamment état d'un haut taux de précarité en matière de logement et de santé chez les personnes intersexes.

³¹ J. ECKER, « Queer, young, and homeless », *op. cit.* ; J.M. VAN LEEUWEN *et al.*, « Lesbian, Gay, and Bisexual Homeless Youth: An Eight-City Public Health Perspective », *Child Welfare*, 2006, vol. 85, n° 2, pp. 151-170 ; B.N. COCHRAN *et al.*, « Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities: Comparison of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Homeless Adolescents With Their Heterosexual Counterparts », *American Journal of Public Health*, mai 2002, vol. 92, n° 5, pp. 773-777.

V. ÉTAT DE LA LITTÉRATURE

Cette revue de la littérature est divisée en deux sections principales – la précarité en matière de logement et la précarité en matière de santé –, de manière à faciliter la présentation des différents aspects liés à chacune des thématiques. Si ces deux formes de précarité existent indépendamment l'une de l'autre, il arrive toutefois qu'elles s'entrelacent et se renforcent mutuellement. Par exemple, la précarité en matière de logement et plus spécifiquement, les différentes formes de sans-abrisme et d'absence de chez-soi, constituent généralement un élément générateur de différentes formes de précarité en matière de santé – mentale, physique ou sexuelle. En effet, les risques généralement associés aux personnes sans-abri ou en situation de logement précaire – comme une moins bonne santé mentale, le développement d'assuétudes et/ou d'addictions, les risques d'exposition à différentes formes de violence – sont parfois exacerbés par d'autres aspects et dimensions propres aux personnes LGBTQIA+ (cf. *infra*). Une prise en charge effective des personnes LGBTQIA+ en situation de précarité ou de risque de précarité semble alors supposer une prise en charge intégrée des questions de logement et de santé.

1. La précarité en matière de logement

La littérature internationale, principalement anglophone, fait largement état d'une **surreprésentation** des personnes lesbiennes, bisexuelles, gays, transgenres, queers, intersexes, asexuelles et plus (LGBTQIA+) **dans les personnes sans-abri ou qui vivent une situation de logement précaire**³². Si cette situation est relativement documentée aux États-Unis et au Canada, la situation en Europe reste encore largement méconnue et sous étudiée³³. McCarty et Parr parlent même de négligence de prise en compte des spécificités de cette population dans les recherches sur le logement et le phénomène de sans-abrisme³⁴. Plusieurs organisations soulignent ainsi que le « sans-abrisme et l'absence de chez-soi, pour les jeunes LGBTI est toujours un phénomène caché en Europe »³⁵. Le premier constat est donc qu'il manque cruellement de données pour pouvoir évaluer l'ampleur du phénomène.

Cela étant, certaines organisations européennes et groupes qui militent pour la reconnaissance et les droits des personnes LGBTQIA+ explorent le phénomène depuis plusieurs années et récoltent des données auprès de leurs organisations membres. Plusieurs études mettent alors en exergue l'importance des discriminations envers les personnes LGBTI. Par exemple, une étude menée par l'Agence européenne des Droits Fondamentaux (FRA) en 2019 fait état d'importants problèmes de logement (*housing difficulty*) auxquels font face les personnes LGBTI et spécifiquement, les personnes trans ou intersexes. Il semble effectivement que, parmi ces personnes, ce soient les

³² L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*

³³ *Ibid.*, p. 2.

³⁴ *Ibid.*, p. 14.

³⁵ A. RITOSA *et al.*, *Perceptions: Comparative Findings from a study of homeless services providers and LGBTI-focused organisations about LGBTIQ youth homelessness in Europe*, FEANSTA, ILGA-Europe, True Colors United, and the Silberman Center for Sexuality and Gender at Hunter College, 2021, p. 11, disponible sur <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Perceptions-Comparative-findings-study-homeless-service-providers-LGBTI-focused-organisations.pdf> (consulté le 23 avril 2024) ; FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine.*, Printemps 2023, p. 51, disponible sur https://www.feantsa.org/public/user/Magazine/2023/Spring_magazine_2023/FEA_magazine_spring_2023.pdf (consulté le 5 avril 2024).

personnes transgenres et intersexes qui sont les plus marginalisées³⁶. Cette enquête rapporte « qu'un tiers de tous les répondants LGBTI indiquent avoir des difficultés à joindre les deux bouts. Ce chiffre grimpe alors jusqu'à atteindre 52 % pour les répondants intersexes et 46 % pour les personnes trans »³⁷. De même, dans une enquête de 2020, il est estimé qu'une personne sur cinq parmi les personnes LGBTI connaît le sans-abrisme ou l'absence de chez-soi (*homelessness*). Ce chiffre s'élèverait à « une personne sur trois pour les personnes transgenres et à près de 40 % pour les personnes intersexes »³⁸. Ainsi, « 29 % des répondants intersexes et 25 % des répondants trans affirment avoir eu des difficultés en matière de logement au cours de leur vie. Tandis que 17 % des répondants cisgenres LGB rapportent avoir été confronté à un problème de logement »³⁹. Dans le même ordre d'idée, la FEANTSA (Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les personnes Sans-Abri) fait d'ailleurs le lien entre la précarité en matière d'emploi, et celle en matière de logement :

« [U]n nombre supérieur à la moyenne des personnes LGBTI ont un emploi incertain, ce qui conduit souvent à l'instabilité du logement. Les personnes trans et intersexes connaissent des taux d'exclusion socio-économique encore plus élevés que les personnes cisgenres (non-trans), lesbiennes, gays et bisexuelles. Cette situation est très souvent due à la discrimination dans l'éducation, l'accès au marché du travail, et la discrimination sur le marché de l'emploi – une discrimination qui persiste dans d'autres domaines de la vie qui augmentent le risque pour les personnes LGBTI de tomber en dessous du seuil de pauvreté. »⁴⁰

Notons également que ces chiffres reflètent la situation pour la période avant 2019. Entre temps, la pandémie de Covid-19 a eu lieu. Plusieurs travaux étudient l'impact des obligations de confinement sur la population LGBTI. ILGA-Europe (une organisation non gouvernementale internationale composée de plus de 700 organisations-membres à travers l'Europe et l'Asie centrale qui militent pour les droits des personnes LGBTI) s'intéresse au fait que la pandémie a « énormément exacerbé la vulnérabilité des jeunes LGBT, notamment en matière de sans-abrisme »⁴¹. Abramovich, dans une recherche menée au Canada, souligne « l'impact significatif en termes de santé mentale et physique de la pandémie de Covid-19 sur les jeunes personnes 2SLGBTQ+⁴² »⁴³. Il pointe également l'augmentation du sans-abrisme qui en découle. Si la pandémie de Covid-19 n'a fait qu'accentuer une situation préexistante, les restrictions diverses (et surtout les mesures de confinement) ont eu des effets particulièrement violents sur les jeunes LGBTQIA+. Ceux-ci ont effectivement dû être confinés à la maison avec des proches peu soutenant, ou parfois abusifs. L'accès aux services de soutien était également compliqué vu le

³⁶ Les questions posées se référaient aux douze derniers mois. Ces chiffres reflètent donc la situation qui prévalait entre 2018 et 2019.

³⁷ FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine*, *op. cit.*, p. 6.

³⁸ A. RITOSA *et al.*, *Perceptions: Comparative Findings from a study of homeless services providers and LGBTI-focused organisations about LGBTIQ youth homelessness in Europe*, *op. cit.*

³⁹ FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine*, *op. cit.*, p. 6.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ibid.*, p. 7.

⁴² Two-Spirit, lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (2SLGBTQ+). Dans leur recherche, les chercheurs ne font pas mention des personnes intersexes, d'où l'absence du « I » dans l'acronyme lorsque nous les citons.

⁴³ A. ABRAMOVICH, N. PANG et A. MOSS, « Experiences of family violence among 2SLGBTQ+ youth at risk of, and experiencing, homelessness before and during the COVID-19 pandemic », *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, juillet 2022, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19359705.2022.2076759> (consulté le 23 avril 2024).

contexte de crise et les restrictions sanitaires imposées. Par exemple, le basculement en ligne de la majorité des services psychosociaux a eu un effet pervers pour les jeunes LGBTQIA+ dont le lieu de vie ne permet pas toujours d'être entendu de manière confidentielle et sécurisée. Ce constat est d'autant plus vrai pour celles et ceux qui ne seraient pas « out » au sein de leur entourage familial et/ou qui vivent dans un environnement familial violent. Comme le souligne Abramovich, si la fermeture des services de soutien et les mesures d'isolement ont été difficiles pour beaucoup, ils ont donc pu être extrêmement dangereux pour les jeunes LGBTQIA+⁴⁴. Ainsi, ses recherches (menées au Canada) suggèrent que depuis le début de la pandémie du Covid-19, le taux de jeunes personnes LGBTQIA+ qui vivent en rue, dans un véhicule ou dans un bâtiment vide est passé de 13 % à 33 %⁴⁵.

Pour mieux comprendre le phénomène de la précarité en matière de logement qui touche les personnes LGBT, nous l'étudions à travers **trois sections distinctes : les différentes formes de sans-abrisme, les structures d'accueil et d'hébergement, et le sans-abrisme et l'emploi**. Si les exigences de clarté nous conduisent à procéder à ce découpage artificiel du phénomène, il n'en reste pas moins que, dans la réalité, ces différentes dimensions s'entremêlent. De façon plus générale, il est important d'avoir à l'esprit que la situation de précarité au logement dans laquelle peut se retrouver une personne LGBT est bien souvent le résultat d'une multitude de facteurs causaux – qui peuvent être liés, ou non, à l'identité de genre, l'expression de genre et/ou l'orientation sexuelle. La diversité des parcours de vie rend donc impossible l'élaboration d'un modèle causal unique.

Les différentes formes de sans-abrisme

La FEANTSA a construit une typologie européenne de l'exclusion liée au logement : la typologie ETHOS (*European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*). Cette typologie est largement utilisée dans la littérature européenne portant sur la question du sans-abrisme, de l'exclusion en matière de logement et de l'absence de chez-soi.

« La typologie part du principe que le concept de « logement » (ou « home » en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut être interprété comme : avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (domaine physique) ; avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (domaine social) ; et avoir un titre légal d'occupation (domaine légal). De ce concept de logement sont dérivées **quatre formes d'exclusion liées au logement : être sans-abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat** – des situations qui indiquent toutes l'absence d'un logement. »⁴⁶

Ces quatre catégories peuvent être déclinées comme telles :

- Être sans-abri (*roofless*) : personnes qui vivent dans la rue (sans toit) ;

⁴⁴ FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine*, op. cit., p. 10.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 44.

⁴⁶ La typologie ETHOS peut être consultée ici : FEANTSA, ETHOS - European Typology of Homelessness and housing exclusion, disponible sur <https://www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf> (consulté le 6 juin 2024).

- Être sans logement (*houseless*) : personnes qui ont un lieu temporaire où dormir, séjournent en institutions ou logent dans un hébergement d'urgence ou abris ;
- Vivre dans un logement précaire (*insecure housing*) : en raison de violences domestiques, ou de risque d'expulsion ou avec un bail précaire ;
- Vivre dans un logement inadéquat ou non-conventionnel (*inadequate housing*) : personnes qui vivent dans des caravanes, campements illégaux, squat, logement sans accès aux équipements de base, ou surpeuplé.

La typologie ETHOS se décline sous la forme dite « **ETHOS light** »⁴⁷, une typologie développée dans le contexte de l'étude de la Commission européenne *Measurement of Homelessness at European Union Level*. En voici un exemple, issu d'un rapport de la Fondation Roi Baudouin :

Catégorie opérationnelle	Définition et situation de vie
1. Dans l'espace public	Personnes vivant dans l'espace public
2. En hébergement d'urgence	Personnes qui séjournent dans des structures d'accueil à seuil bas et de courte durée Accueil d'hiver ou de nuit
3. En foyer d'hébergement pour personnes sans-abri	Personnes qui séjournent dans des centres d'accueil ou en hébergement temporaire (maison d'accueil, centre de crise, accueil résidentiel, logement supervisé sans bail, logement de transit du CPAS, un hôtel, une auberge de jeunesse, des refuges, etc.)
4. Personnes sortant d'institution	Personnes sortant d'institutions (qui quittent l'institution dans le mois après le jour du dénombrement sans solution stable de logement) et personnes qui séjournent plus longtemps dans l'institution par manque d'une solution stable de logement. Exemples : prison, hôpital général, hôpital et centre psychiatrique, centres de cure pour usagers de drogue, aide à la jeunesse, habitat protégé, I.L.A et centres d'accueil de Fedasil.
5. En logement non-conventionnel	Personnes séjournant dans des espaces ou des logements non conventionnels (un logement sans contrat de bail ou sans accès aux équipements de base, une caravane, une cabane, un garage, un squat, une voiture, une tente, etc.)
6. Chez des membres de la famille ou des amis	Personnes qui, par manque de logement, vivent temporairement chez des membres de la famille ou des amis
+ en logement avec menace d'expulsion	Personnes qui doivent quitter leur logement dans le mois suivant le jour du dénombrement à cause d'une décision judiciaire d'expulsion, d'une obligation de quitter les lieux à la suite d'une déclaration d'inhabitabilité, d'une obligation de quitter les lieux à la suite d'une déclaration d'insalubrité, ou d'un délai de préavis arrivé à échéance ou d'un délai de préavis qui arrive à échéance dans le mois suivant le jour du dénombrement.

K. HERMANS et M. WAGENER, *Dénombrement du sans-abrisme et de l'absence de chez-soi. Rapport global 2023*, Fondation Roi Baudouin ; UCLouvain et KULeuven, mars 2024, p. 76, disponible sur <https://media.kbs-frb.be/fr/media/11576/D%C3%A9nombrementSansabris> (consulté le 3 septembre 2024)

Cela étant, certaines organisations alertent sur les biais qui peuvent exister lorsque l'expérience du sans-abrisme est pensée comme étant une expérience singulière, délimitable dans le temps. Cet élément est d'autant plus prégnant pour le public LGBT dont les expériences de sans-abrisme sont non linéaires, cachées et décousues, mais peuvent aussi s'inscrire dans un contexte de précarité plus large. Dans ce sens, Reidy et Barranco rappellent que « souvent, le sans-abrisme n'est pas une expérience unique (*one-off*) qui est bien définie, avec un début et une fin permanente. Plutôt, le sans-abrisme fait partie d'un vécu plus large d'exclusion sociale et de pauvreté qui ne finit pas forcément par l'acquisition d'un logement. [Selon eux,] les causes du sans-abrisme parmi les personnes LGBTI (comme le conflit familial, les difficultés économiques, la difficulté d'accès à un logement décent et abordable et les discriminations) sont souvent des problèmes complexes, qui se renforcent mutuellement et qui s'inscrivent dans la durée. D'ailleurs, de nombreuses personnes vivent des

⁴⁷ La typologie ETHOS Light peut être consultée ici : FEANTSAs, *ETHOS Light - European Typology of Homelessness and housing exclusion*, disponible sur <https://www.feantsa.org/download/fea-002-18-update-ethos-light-0032417441788687419154.pdf> (consulté le 3 septembre 2024).

difficultés en matière de logement de manière répétée, sous différentes formes et qui peuvent être entrecoupées de période de stabilité »⁴⁸.

Le sans-abrisme des personnes LGBT (et particulièrement des jeunes) : un sans-abrisme caché

La majorité des personnes LGBT qui expérimentent le sans-abrisme et l'absence de chez-soi vivent en fait une forme cachée (*hidden homelessness*)⁴⁹ du sans-abrisme. Ceci est particulièrement le cas chez les jeunes (en dessous de 30 ans). En effet, beaucoup de recherches menées en Europe continentale soulignent la mise en place de formes de solidarité au sein de différents groupes sociaux (famille et amis) en cas d'expulsion et de rejet ou de fuite du domicile familial par les personnes LGBTQIA+⁵⁰. Dès lors, pour une étude compréhensive du phénomène du sans-abrisme au sein des personnes LGBTQIA+, il est d'autant plus important d'adopter une définition large de ce que signifie être « sans-abri ». Effectivement, envisager le sans-abrisme comme étant seulement l'expérience de vivre en rue revient à adopter une vision réductrice du phénomène et à invisibiliser un ensemble plus large d'expériences et de modes de vie qui relèvent également du phénomène de sans-abrisme (*couchsurfing*, être accueilli par des proches/de la famille, vivre en refuge, etc.) et qui sont plus susceptibles d'être proches du vécu des personnes LGBTQIA+⁵¹. Cela étant dit, les personnes qui ont passé d'importantes périodes à faire du *couchsurfing* ou à vivre dans des logements précaires sont souvent réticentes à s'identifier comme étant des personnes sans-abri⁵². Il semble être utile, dans le cadre des recherches menées, d'utiliser aussi des termes qui

⁴⁸ A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, FEANTSA; ILGA-Europe, 2023, p. 7, disponible sur <https://www.feantsa.org/en/report/2023/11/10/?bcParent=27>.

⁴⁹ S.R. CURRY *et al.*, « Youth Homelessness and Vulnerability : How Does Couch Surfing Fit? », *American Journal of Community Psychology*, septembre 2017, vol. 60, n° 1-2, pp. 17-24.

⁵⁰ K. HERMANS et M. WAGENER, *Dénombrement du sans-abrisme et de l'absence de chez-soi. Rapport global 2023, op. cit.* ; M. MORMONT, « Du sofa à la rue: le sans-abrisme caché des LGBT », *Alter Echos*, 19 décembre 2022, disponible sur <https://www.alterechos.be/1016604920> (consulté le 9 avril 2024) ; D.A. QUILTY et M. NORRIS, *LGBTQI+ Youth Homelessness in Ireland*, Focus Ireland, septembre 2020, p. 150, disponible sur https://www.focusireland.ie/wp-content/uploads/2021/09/LGBTQI-Youth-Homelessness-Report_FINAL-VERSION.pdf ; ILGA-EUROPE, « Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People covering the period of january to december 2023 », 2024, disponible sur https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2024/02/2024_belgium.pdf (consulté le 9 avril 2024) ; FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine, op. cit.* ; A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing, op. cit.* ; G. ROETS (EDS.), *Jeunes adultes en situation de sans-abrisme et d'absence de chez-soi. Chiffres et expériences vécues de jeunes.*, Fondation Roi Baudoin, octobre 2022, p. 95 ; A. LOUISIN, « L'expérience de la précarité vécue par des jeunes homosexuel(le)s en rupture familiale », *Enfances & Psy*, 2015, vol. 68, n° 4, pp. 171-185 ; J. SHELTON, R. STAKELUM et S.J. DODD, *LGBTIQ Youth Homelessness in Europe: Findings from a Survey of FEANTSA Membership Organisations.*, FEANSTA, True Colors United, and the Silberman Center for Sexuality and Gender at Hunter College, 2020, p. 12, disponible sur <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Perceptions-Findings-Survey-Homelessness-Service-Providers.pdf> (consulté le 23 avril 2024) ; J. SHELTON *et al.*, *Perceptions: Addressing LGBTI Youth Homelessness in Europe and Central Asia - Findings from a Survey of LGBTI Organisations*, ILGA-Europe, True Colors United, and the Silberman Center for Sexuality and Gender at Hunter College, 2021, p. 26, disponible sur <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Perceptions-LGBTI-Youth-Homelessness-Europe-Central-Asia.pdf> (consulté le 23 avril 2024) ; A. RITOSA *et al.*, *Perceptions: Comparative Findings from a study of homeless services providers and LGBTI-focused organisations about LGBTIQ youth homelessness in Europe, op. cit.* ; C. CHARTRAIN, « Protéger, prendre en charge et accompagner les jeunes LGBT », *Cahiers de l'action*, 2013, vol. 40, n° 3, pp. 37-53 ; A. TOMEI, *Quelles violences s'exercent sur les jeunes personnes homosexuelles, bisexuelles et transgenres de Fédération Wallonie-Bruxelles, en situation de rupture familiale à la suite de la révélation ou de la découverte par leur famille de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre et comment y répondre?*, Liège, Université de Liège, Aout 2023, disponible sur <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/18428> (consulté le 2 avril 2024) ; K. REEVE et E. BATTY, *The Hidden Truth about Homelessness. Experiences of Single Homelessness in England*, London, Crisis, 2011.

⁵¹ D.A. QUILTY et M. NORRIS, *LGBTQI+ Youth Homelessness in Ireland, op. cit.*

⁵² *Ibid.*

sont moins stigmatisants pour identifier la variété des situations de précarité en matière de logement.

Dû au caractère « caché » de cette forme de sans-abrisme, les personnes LGBT qui sont sans-abri **passent souvent sous les radars** tant des recherches auprès des personnes sans-abri que des politiques publiques mises en place pour prévenir et lutter contre le sans-abrisme. Selon certaines recherches, ces personnes vivent alors une double invisibilisation. D'une part, ces personnes vivent à la marge des personnes sans-abris « officielles » (celles et ceux qui apparaissent dans les statistiques et qui sont visibles auprès des organisations sociales et associatives de prise en charge comme les abris de jour et de nuit ou les lieux qui distribuent de la nourriture ou des soins). D'autre part, les personnes LGBT sans-abri sont souvent contraintes à garder une part fondamentale de leur identité cachée afin de se protéger⁵³.

De façon générale, il semble exister un consensus dans la littérature internationale sur le fait que d'une part, les jeunes LGBTQIA+ sont particulièrement à risque d'être sans-abri et d'autre part, ils sont surreprésentés parmi la population des jeunes sans-abris⁵⁴. Ainsi, comme le souligne notamment Abramovich, « de manière générale, les jeunes personnes [LGBTQIA+] connaissent des taux de sans-abrisme et de problèmes de santé mentale nettement plus élevés que les jeunes cisgenres et hétérosexuels. Ceci est causé par la stigmatisation, différentes formes de discrimination et le rejet fondé sur l'identité (*identity-based rejection*) »⁵⁵.

Pour expliquer ce phénomène de surreprésentation des jeunes LGBTQIA+ parmi les personnes sans-abri, plusieurs raisons peuvent être évoquées. McCarty et Parr soulignent que « les personnes qui s'identifient comme LGBT sont plus susceptibles d'expérimenter des facteurs biographiques et sociaux qui peuvent jouer un rôle dans les parcours de sans-abrisme des individus »⁵⁶. Dans des travaux généraux sur le sans-abrisme et l'absence de chez-soi, Bramley et Fitzpatrick déterminent qu'une combinaison de facteurs individuels, interpersonnels et structurels jouent régulièrement un rôle dans le parcours de sans-abrisme ou d'absence de chez-soi. Ils soulignent également le caractère central de la pauvreté comme constituant un facteur déterminant dans le parcours de sans-abrisme. Toutefois, ils reconnaissent qu'en dehors de ce facteur structurel, certaines trajectoires de vie placent certains groupes particulièrement à risque comme le fait d'avoir été pris en charge par le système d'aide à la jeunesse (*care system*), le fait d'avoir commis des délits ou des

⁵³ *Ibid.*, p. 6.

⁵⁴ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.* ; D.A. QUILTY et M. NORRIS, *LGBTQI+ Youth Homelessness in Ireland*, *op. cit.* ; S.R. CURRY *et al.*, « Youth Homelessness and Vulnerability », *op. cit.* ; M. ROSARIO, E.W. SCHRIMSHAW et J. HUNTER, « Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Implications for Subsequent Internalizing and Externalizing Symptoms », *Journal of Youth and Adolescence*, mai 2012, vol. 41, n° 5, pp. 544-560 ; D. LOLAI, « “You’re Going To Be Straight or You’re Not Going To Live Here”: Child Support for LGBT Homeless Youth », *Tulane Journal of Law and Sexuality*, 2015, vol. 24, disponible sur <https://journals.tulane.edu/tjls/article/view/2876> (consulté le 6 juin 2024) ; B.N. COCHRAN *et al.*, « Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities », *op. cit.*

⁵⁵ FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine.*, *op. cit.* ; A. ABRAMOVICH et J. SHELTON, *Where Am I Going to Go? Intersectional approaches to ending LGBTQ2S youth homelessness in Canada and the US*, 2017 ; I.A. ABRAMOVICH, « No Safe Place to Go - LGBTQ Youth Homelessness in Canada: Reviewing the Literature », *Canadian Journal of Family and Youth / Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, mars 2012, vol. 4, n° 1, pp. 29-51.

⁵⁶ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 13.

crimes ou encore le fait d'avoir vécu des situations d'agressions sexuelles et/ou de négligence durant l'enfance, ainsi que des difficultés scolaires ou des troubles de santé mentale⁵⁷.

De façon générale, les jeunes LGBTQIA+ vivent et expérimentent des risques accrus de vivre des parcours menant au sans-abrisme. Ces risques découlent de facteurs qui peuvent être liés à l'identité/expression de genre et/ou à l'orientation sexuelle comme les discriminations (à l'école, à l'emploi, etc.) ou encore le risque de rejet et d'exclusion familiale⁵⁸.

Le **rejet et la rupture familiale** (*relationship breakdown between young people and their family*) sont largement documentés dans la littérature comme constituant une cause majeure de sans-abrisme chez les jeunes LGBTQIA+⁵⁹. Les résultats de deux enquêtes menées simultanément par d'une part ILGA-Europe, et d'autre part la FEANTSA, mettent en exergue différentes causes de sans-abrisme pour les personnes LGBTQIA+ (voyez l'illustration ci-après) :

Reasons for homelessness		
	FEANTSA (N=40)	ILGA (N=71)
Identity related family conflict	55%	72%
Lack of institutional support / social rejection	35%	44%
Poverty	35%	17%
Mental health issues	33%	13%
Substance abuse	20%	7%
Other family issues	8%	1%
Migration	8 %	8 %

RITOSA A. *et al.*, *op. cit.*

Parmi les différents facteurs présentés, il est possible d'observer la place prépondérante du conflit familial lié à l'identité de la personne (c'est-à-dire, son identité/expression de genre et/ou orientation sexuelle) dans les causes de sans-abrisme au sein des personnes LGBTQIA+ en Europe. Une importante étude du Royaume-Uni souligne également le rôle de différentes formes de maltraitance (physique, sexuelle et émotionnelle) et de violences qui peuvent se dérouler dans la sphère familiale et qui justifient la fuite de la cellule familiale⁶⁰. La majorité des jeunes dans cette

⁵⁷ G. BRAMLEY et S. FITZPATRICK, « Homelessness in the UK: who is most at risk? », *Housing Studies*, janvier 2018, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02673037.2017.1344957> (consulté le 6 juin 2024).

⁵⁸ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*

⁵⁹ E.E. WATTS, S. JOHNSON et F. SOSENKO, *Youth Homelessness in the UK: A Review for The OVO Foundation*, Edinburgh, Heriot-Watt University, 12 novembre 2015 ; CENTREPOINT, *Youth Homelessness Databank 2020 Report*, 2020, disponible sur <https://centrepoin.org.uk/media/4031/youth-homelessness-databank-2020-report.pdf> ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.* ; DURSO, LAURA et GATES, GARY, *Serving Our Youth: Findings from a National Survey of Services Providers Working with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Who are Homeless or At Risk of Becoming Homeless*, Los Angeles, The Williams Institute; True Colors Fund; The Palette Fund, 2012, disponible sur <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Serving-Our-Youth-July-2012.pdf> (consulté le 6 juin 2024) ; H. RHOADES *et al.*, « Homelessness, Mental Health and Suicidality Among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services », *Child Psychiatry and Human Development*, août 2018, vol. 49, n° 4, pp. 643-651 ; B.A. ROBINSON, « Child Welfare Systems and LGBTQ Youth Homelessness: Gender Segregation, Instability, and Intersectionality », 2018, vol. 96, n° 2, pp. 29-45 ; J. SHELTON et L. BOND, « "It Just Never Worked Out": How Transgender and Gender Expansive Youth Understand their Pathways into Homelessness », *Families in Society*, octobre 2017, vol. 98, n° 4, pp. 284-291 ; L.B. WHITBECK *et al.*, « Mental disorder, subsistence strategies, and victimization among gay, lesbian, and bisexual homeless and runaway adolescents », *Journal of Sex Research*, novembre 2004, vol. 41, n° 4, pp. 329-342 ; V. MD, « Shelter and Transitional Housing for Transgender Youth », *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, octobre 2010, vol. 14, pp. 340-345 ; J. ECKER, « Queer, young, and homeless », *op. cit.*

⁶⁰ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 8.

situation identifient leur identité/expression de genre et/ou orientation sexuelle comme constituant le facteur qui a causé ces différentes formes de rejet familial⁶¹. Cela semble plus prévalent encore pour les jeunes personnes transgenres. Celles-ci sont plus fréquemment rejetées de leur cellule familiale⁶² ou de la famille d'accueil au sein de laquelle elles sont placées⁶³.

Ces résultats concordent donc avec la littérature nord-américaine sur le phénomène du sans-abrisme au sein des personnes LGBTQIA+, « à l'exception de la migration, qui n'apparaît que très peu dans le contexte nord-américain »⁶⁴.

Cela étant dit, il semble utile de spécifier que tous les parcours de rejet et d'exclusion familiale ne sont pas similaires et que « si l'orientation sexuelle et/ou l'identité/expression de genre jouent souvent un rôle dans le parcours de sans-abrisme, l'influence de l'identité/expression de genre et/ou d'orientation sexuelle dans les parcours de sans-abrisme peut prendre **diverses formes qui dépassent le rejet familial après le 'coming-out'** »⁶⁵. Par exemple, Castellanos, dans une recherche ethnographique auprès de 14 jeunes hommes gays ou bisexuels appartenant à une minorité ethnique à New York, pointe que le sans-abrisme n'est pas *simplement* le résultat de la sexualité. Il souligne alors que si la sexualité a joué un rôle particulier dans l'exacerbation du conflit familial et dans l'instabilité en matière de logement, plus de la moitié avaient quitté leur domicile avant de révéler leur orientation sexuelle⁶⁶. Ses résultats mettent en lumière **trois trajectoires principales vers le sans-abrisme** : la première concerne les jeunes qui ont été placés au sein du service d'aide à la jeunesse (*child welfare*) ou du système judiciaire pour mineurs (*juvenile judicial system*) avant même d'avoir fait leur *coming-out* et pour qui, le retour dans la famille après cette prise en charge ne s'est pas bien passé ensuite. Notons qu'il n'est pas précisé si le conflit familial qui est survenu à la sortie des institutions était causé en partie en raison de l'orientation sexuelle. La seconde trajectoire rassemble les cas où les jeunes ont été forcés de partir (*were forced to leave*) ou sont partis en raison d'un conflit familial sur l'homosexualité, la masculinité et les représentations de genre. En effet, Castellanos pointe la troisième trajectoire comme étant la plus courante : il s'agit des cas où la révélation de l'orientation sexuelle a exacerbé un conflit familial préexistant et a comme conséquence le départ ou l'expulsion du jeune hors du domicile familial⁶⁷. Les résultats de cette recherche soulignent donc une relation entre l'orientation sexuelle et le sans-abrisme, tout en

⁶¹ *Ibid.* ; THE ALBERT KENNEDY TRUST, *LGBT Youth Homelessness: A UK National Scoping of Cause, Prevalence, Response, and Outcome.*, 2018, disponible sur <https://www.taipawb.org/wp-content/uploads/2018/07/LGBT-Youth-Homelessness-A-UK-National-scoping-of-cause-prevalence-response-and-outcome.pdf> (consulté le 7 juin 2024).

⁶² J. SHELTON *et al.*, « Homelessness and Housing Experiences among LGBTQ Young Adults in Seven U.S. Cities », *Cityscape: A Journal of Policy Development and Research*, 2018, vol. 20, n° 3, pp. 9-33.

⁶³ S. MOUNTZ, M. CAPOUS-DESYLLAS et E. POURCIAU, « "Because We're Fighting to Be Ourselves:" Voices from Former Foster Youth who are Transgender and Gender Expansive », 2018, vol. 96, n° 1, pp. 103-125.

⁶⁴ A. RITOSA *et al.*, *Perceptions: Comparative Findings from a study of homeless services providers and LGBTI-focused organisations about LGBTIQ youth homelessness in Europe*, *op. cit.*

⁶⁵ S. PRENDERGAST, G.A. DUNNE et D. TELFORD, « A story of "difference", a different story: young homeless lesbian, gay and bisexual people », *International Journal of Sociology and Social Policy*, janvier 2001, vol. 21, n° 4/5/6, pp. 64-91 ; G.A. DUNNE, S. PRENDERGAST et D. TELFORD, « Young, gay, homeless and invisible: A growing population? », *Culture, Health & Sexuality*, janvier 2002, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/136910502753389404> (consulté le 12 juin 2024).

⁶⁶ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, pp. 10-11 ; H.D. CASTELLANOS, « The Role of Institutional Placement, Family Conflict, and Homosexuality in Homelessness Pathways Among Latino LGBT Youth in New York City », *Journal of Homosexuality*, 2016, vol. 63, n° 5, pp. 601-632.

⁶⁷ H.D. CASTELLANOS, « The Role of Institutional Placement, Family Conflict, and Homosexuality in Homelessness Pathways Among Latino LGBT Youth in New York City », *op. cit.* ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 11.

insistant sur la pluralité des facteurs causaux. Dans leurs travaux, O'Connor et Molloy suggèrent également la complexité de la relation entre la révélation de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre, le rejet parental et le sans-abrisme⁶⁸. Par exemple, le fait d'être victime de situations d'homophobie, de biphobie, de transphobie et/ou de discriminations dans d'autres lieux que le domicile familial peut mener à la détérioration de la santé mentale du ou de la jeune LGBT. Il s'en suit que ce mauvais état psychologique aboutit à des modifications comportementales au sein du foyer, lesquelles peuvent être la source de tensions familiales⁶⁹. De leur côté, Cull *et al.* ont montré qu'il arrive parfois que la personne présume le rejet et le mauvais accueil de son orientation sexuelle et/ou identité de genre de la part de sa famille et préfère s'enfuir « préventivement »⁷⁰. Enfin, certains jeunes qui vivent dans un contexte très rural choisissent de quitter leur domicile familial car elles et ils s'y sentent isolés et/ou désirent vivre dans un lieu où les personnes LGBT peuvent être plus visibles⁷¹. Cet aspect est particulièrement intéressant : il suggère la nécessité de prendre en considération le contexte géographique et à sa connectivité (rural/périurbain/urbain) pour appréhender le phénomène, et ainsi y adapter les politiques publiques qui y sont développées). Par ailleurs, il faut rappeler que tous les jeunes LGBT ne deviennent pas automatiquement sans-abri, même lorsqu'il y a un conflit familial⁷².

Différentes études (principalement internationales) soulignent aussi la variété de facteurs de risque favorisant un parcours de sans-abrisme, qui peuvent également toucher les jeunes LGBT. Par exemple, Forge *et al.* mettent en lumière le fait d'avoir été pris en charge par les services sociaux dans l'enfance⁷³, ou le fait d'avoir été victime de violences sexuelles et physiques comme constituant un facteur de risque⁷⁴. Un autre facteur concerne la réussite scolaire : Bidell souligne que les jeunes personnes LGBT qui sont sans-abri ont un niveau scolaire moins élevé et sont plus susceptibles d'avoir vécu de mauvaises expériences éducatives⁷⁵. Effectivement, de nombreux jeunes qui s'identifient comme LGBT rapportent avoir dû interrompre leurs études en raison du harcèlement et de la stigmatisation qu'ils et elles subissaient. D'ailleurs, un nombre plus important que la moyenne parmi les jeunes LGBT sans-abris rapporte avoir quitté l'école prématurément⁷⁶.

⁶⁸ W. O'CONNOR, « *Hidden in Plain Sight* »: *Homelessness Amongst Lesbian and Gay Youth*, s.l., National Centre for Social Research, 2001.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ CULL, MARK, PLATZER, HAZEL, BALLOCH et SUE, *Out on my own: Understanding the experiences and needs of homeless lesbian, gay, bisexual and transgender youth*, Brighton, University of Brighton, 2006, disponible sur <https://www.homelesshub.ca/resource/out-my-own-understanding-experiences-and-needs-homeless-lesbian-gay-bisexual-and> (consulté le 7 juin 2024).

⁷¹ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 11.

⁷² H.D. CASTELLANOS, « The Role of Institutional Placement, Family Conflict, and Homosexuality in Homelessness Pathways Among Latino LGBT Youth in New York City », *op. cit.*

⁷³ N. FORGE *et al.*, « Out of the System and onto the Streets: LGBTQ-Identified Youth Experiencing Homelessness with Past Child Welfare System Involvement », 2018, vol. 96, n° 2, pp. 47-74 ; S. GAETZ *et al.*, *Without a Home: The National Youth Homelessness Survey*, Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press, 2016, p. 126 ; J.M. VAN LEEUWEN *et al.*, « Lesbian, Gay, and Bisexual Homeless Youth », *op. cit.* ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*

⁷⁴ CULL, MARK, PLATZER, HAZEL BALLOCH et SUE, *Out on my own: Understanding the experiences and needs of homeless lesbian, gay, bisexual and transgender youth*, *op. cit.*

⁷⁵ M.P. BIDEEL, « Is there an emotional cost of completing high school? Ecological factors and psychological distress among LGBT homeless youth », *Journal of Homosexuality*, 2014, vol. 61, n° 3, pp. 366-381 ; N. FORGE *et al.*, « Out of the System and onto the Streets », *op. cit.*

⁷⁶ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 9.

Généralement, les problèmes de santé mentale constituent un facteur de risque en matière de sans-abrisme. Plusieurs recherches établissent ainsi une **relation entre la santé mentale et le sans-abrisme**⁷⁷. Nous reviendrons de manière approfondie sur les questions de santé mentale au sein de la population LGBTQIA+ dans la seconde partie de cette revue de la littérature, mais il semble utile de déjà mentionner quelques éléments. Il est largement connu, dans la littérature internationale, que les personnes LGBTQIA+ souffrent plus souvent de problèmes de santé mentale (anxiété, stress, angoisses allant jusqu'aux pensées suicidaires)⁷⁸. La précarité en termes de santé mentale des personnes LGBTQIA+ s'explique par l'état d'alerte constant et le stress dû à l'anticipation de subir des comportements homophobes, lesbophobes, biphobes, transphobes, ou du harcèlement et de la stigmatisation de la part de l'entourage (y compris familial)⁷⁹, ainsi que le fait de vivre dans une **société hétéronormative et cisnormative**. Parallèlement à cela, les personnes sans-abri qui s'identifient comme LGBT sont plus susceptibles de se droguer, ou d'avoir déjà eu recours à différentes drogues⁸⁰. Toutefois, il ne s'agit pas d'établir un lien de causalité entre le fait d'être une personne LGBT et de se droguer. Plutôt, le fait de faire usage de drogue est à envisager comme un mécanisme qui peut être mis en place par certaines personnes pour parvenir à supporter les difficultés et le stress vécu (*coping mechanism*). Par ailleurs, la corrélation entre être une personne sans-abri et faire usage de drogues ou de développer des assuétudes est aussi largement établie dans la littérature, à nouveau en tant que ***coping mechanism***⁸¹.

Il s'agit donc de comprendre la relation étroite entre les risques de précarité en matière de santé qui découlent et/ou coexistent (et peuvent renforcer) avec la précarité en matière de logement. Effectivement, dans leur revue de la littérature sur le sans-abrisme au sein des personnes LGBTI, McCarty et Parr mettent en relation plusieurs recherches distinctes qui permettent d'éclairer cette corrélation entre santé mentale-santé physique et sexuelle et sans-abrisme. Ils soulignent plusieurs recherches empiriques qualitatives selon lesquelles l'usage de drogues et une santé mentale détériorée constituent plus souvent une conséquence du sans-abrisme et de l'absence de chez-soi⁸².

⁷⁷ K. REEVE et BATTY, E, *The Hidden Truth about Homelessness. Experiences of Single Homelessness in England*, *op. cit.* ; S. FITZPATRICK, G. BRAMLEY et S. JOHNSON, « Pathways into Multiple Exclusion Homelessness in Seven UK Cities », *Urban Studies*, janvier 2013, vol. 50, n° 1, pp. 148-168 ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*

⁷⁸ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 9.

⁷⁹ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.* ; MCDERMOTT, ELIZABETH, HUGHES, ELIZABETH et RAWLINGS, VICTORIA, *Queer Futures. Understanding Lesbian, Gay, Bisexual, and Trans (LGBT) adolescents' suicide, self-harm and help-seeking behaviour*, Lancaster, Lancaster University, 2016, disponible sur <https://www.queerfutures.co.uk/wp-content/uploads/2016/06/Queer-Futures-Final-Report.pdf> (consulté le 10 juin 2024).

⁸⁰ B.N. COCHRAN *et al.*, « Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities », *op. cit.* ; J.M. VAN LEEUWEN *et al.*, « Lesbian, Gay, and Bisexual Homeless Youth », *op. cit.* ; M.N. GATTIS, « An Ecological Systems Comparison Between Homeless Sexual Minority Youths and Homeless Heterosexual Youths », *Journal of social service research*, janvier 2013, vol. 39, n° 1, pp. 38-49 ; S.A. KIDD, S. GAETZ et B. O'GRADY, « The 2015 National Canadian Homeless Youth Survey: Mental Health and Addiction Findings », *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, juillet 2017, vol. 62, n° 7, pp. 493-500 ; FREDERICK, TYLER *et al.*, « Exploring gender and sexual minority status among street-involved youth | The Homeless Hub », *Vulnerable Children and Youth Studies*, 2011, vol. 6, n° 2, pp. 166-183 ; M.C. CLATTS *et al.*, « Homelessness and drug abuse among young men who have sex with men in New York city: a preliminary epidemiological trajectory », *Journal of Adolescence*, avril 2005, vol. 28, n° 2, pp. 201-214 ; S. KATTARI *et al.*, « Social Networks and Sexual Risk Factor Differences between Cisgender Heterosexual and Cisgender LGBTQ Homeless Youths. », *Graduate School of Social Work: Faculty Scholarship*, mars 2017, disponible sur https://digitalcommons.du.edu/gssw_facultyscholarship/133 ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*

⁸¹ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 10.

⁸² *Ibid.*, p. 12.

Dans une recherche sur les jeunes hommes sans-abri qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH), Clatt *et al.* suggèrent que « l'usage de drogue et le travail du sexe sont mieux compris comme des adaptations comportementales au sans-abrisme, plutôt que ses causes »⁸³. Les résultats d'une recherche menée par Rosario *et al.* en 2012 corroborent cette analyse. D'après cette recherche, le moment où les jeunes lesbiennes, gays ou bisexuelles et bisexuels, qui ont été expulsés ou qui ont fui leur domicile (*runaway/throwaway LGB youth*), commencent à faire usage des différentes drogues coïncide avec le premier épisode de sans-abrisme⁸⁴. Concernant le travail du sexe, une recherche de Lankenau *et al.* suggèrent que « 9 hommes sur 10 sont d'abord devenus sans-abri avant de commencer à faire du travail du sexe »⁸⁵. Ces résultats permettent donc d'envisager « ces expériences comme étant une conséquence du sans-abrisme et constituant des formes de *coping mechanism* pour survivre au stress induit par l'expérience du sans-abrisme, au moins pour certains groupes »⁸⁶.

Afin d'éviter toute conclusion déterministe, il semble utile de souligner que l'orientation sexuelle, l'expression de genre et l'identité de genre ne constituent pas les seuls facteurs déterminant des trajectoires de sans-abrisme et du sans-chez-soirisme que peuvent vivre les personnes LGBT⁸⁷ : il convient d'étudier l'interaction entre une multitude de facteurs structurels et individuels⁸⁸. Il faut également rappeler qu'une importante partie de la littérature qui étudie la question des risques du sans-abrisme chez les personnes LGBT est nord-américaine et donc, menée dans des pays où l'État social et les mécanismes de solidarité et d'urgence (*welfare safety net*) sont beaucoup moins développés⁸⁹. Cela étant dit, « si les trajectoires de personnes LGBT sans-abri peuvent sembler similaires à celles de personnes qui ne s'identifient pas comme LGBT, leurs expériences diffèrent clairement sur certains aspects. Il est clair que leur orientation sexuelle et/ou leur identité/expression de genre interagit de manière complexe avec leur expérience du sans-abrisme et de l'absence de chez-soi »⁹⁰. Comme le soulignent Prendergast *et al.* :

« [P]our expliquer l'influence de l'orientation sexuelle sur les causes (et l'expérience) du sans-abrisme, il est nécessaire de comprendre l'orientation sexuelle telle qu'elle est ancrée

⁸³ M.C. CLATTS *et al.*, « Homelessness and drug abuse among young men who have sex with men in New York city », *op. cit.* ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*

⁸⁴ M. ROSARIO, E.W. SCHRIMSHAW et J. HUNTER, « Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth », *op. cit.*

⁸⁵ S.E. LANKENAU *et al.*, « Street careers: homelessness, drug use, and sex work among young men who have sex with men (YMSM) », *International Journal of Drug Policy*, janvier 2005, vol. 16, n° 1, pp. 10-18 ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 12.

⁸⁶ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 12.

⁸⁷ J. ECKER, « Queer, young, and homeless », *op. cit.* ; J. ECKER, T. AUBRY et J. SYLVESTRE, « A Review of the Literature on LGBTQ Adults Who Experience Homelessness », *Journal of Homosexuality*, 2019, vol. 66, n° 3, pp. 297-323 ; S. PRENDERGAST, G.A. DUNNE et D. TELFORD, « A story of "difference", a different story », *op. cit.* ; C. TUNÁKER, « "No Place Like Home?" », *op. cit.* ; WORLD HABITAT, *Left out: Why many LGBTQ+ people aren't accessing their right to housing in the UK*, Leicestershire, World Habitat, 2018, disponible sur <https://world-habitat.org/wp-content/uploads/2018/06/Left-Out-Why-many-LGBTQ-people-aren%E2%80%99t-accessing-their-right-to-housing-in-the-UK.pdf> (consulté le 11 juin 2024).

⁸⁸ G. BRAMLEY et S. FITZPATRICK, « Homelessness in the UK », *op. cit.* ; E.E. WATTS, S. JOHNSEN et F. SOSENKO, *Youth Homelessness in the UK*, *op. cit.* ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*

⁸⁹ D. MITCHELL, « Homelessness, American Style », *Urban Geography*, octobre 2011, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2747/0272-3638.32.7.933> (consulté le 11 juin 2024) ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 12.

⁹⁰ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 13.

dans des circonstances matérielles et dans l'expérience vécue de la vie quotidienne des personnes. »⁹¹

Il semble nécessaire d'aussi souligner l'importance d'adopter des politiques préventives à l'égard de ces publics afin d'éviter les parcours de sans-abrisme. Beaucoup pointent effectivement les effets négatifs en cascade qui peuvent découler des parcours de sans-abrisme :

« [P]lus longtemps une personne est sans-abri, plus difficile il est pour elle de sortir de cette trajectoire et de ses effets. La plupart des effets de l'absence de chez-soi comme la mauvaise santé, un état de stress accru, l'exclusion sociale ainsi que l'absence ou la perte d'opportunités scolaires ou professionnelles s'accumulent dans le temps et tendent à ne pas disparaître. Par exemple, un vide dans le parcours professionnel ou scolaire causé par une période de sans-abrisme peut devenir un obstacle à une stabilité financière, même une fois qu'un logement stable est (re)trouvé. Notamment, en raison de la stigmatisation qui entoure le sans-abrisme. »⁹²

Les risques en matière de santé sexuelle et de prise en charge des violences sexuelles : à l'intersection entre précarité de la santé et du logement

Comme le pointent McCarty et Parr, « la victimisation sexuelle des personnes LGBT sans-abri diffère de l'expérience des personnes sans-abris hétérosexuelles »⁹³.

Effectivement, de nombreuses recherches suggèrent que les personnes LGBT sans-abri sont plus susceptibles d'être **victimes de violences sexuelles**⁹⁴. Selon les résultats d'une recherche menée par Forge *et al.* auprès de jeunes personnes LGBT sans-abris qui étaient précédemment prises en charge par le service d'aide à la jeunesse (*foster care*) aux États-Unis, plus de la moitié des répondants et répondantes (51,1 %) lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres ou en questionnement (*questioning*) ont été victimes de violences sexuelles pendant qu'elles et ils étaient sans-abri, alors que seulement un tiers (34 %) des jeunes cisgenres ou hétérosexuels ont subi de telles violences⁹⁵.

Par ailleurs, dans une étude sur les risques associés aux formes d'arrangements de vie temporaires mis en place par les jeunes sans-abris au Royaume-Uni, McCoy suggère qu'un nombre significatif de jeunes LGBT sans-abris (près de 25 %) ont subi des agressions sexuelles (*sexually assaulted/abused*). De plus, sur l'entièreté des personnes ayant répondu (LGBT ou non), près de 15 % de celles et ceux qui ont été logés par des personnes qu'ils et elles ne connaissaient pas en ont subi⁹⁶.

⁹¹ S. PRENDERGAST, G.A. DUNNE et D. TELFORD, « A story of "difference", a different story », *op. cit.* ; L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 13.

⁹² HOMELESS LINK, *What is the impact of homelessness?*, London, s.d., disponible sur https://homelesslink-1b54.kxcdn.com/media/documents/3_-_what_is_the_impact_of_homelessness_1.pdf (consulté le 20 juin 2024) ; A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, *op. cit.*, p. 7.

⁹³ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.*, p. 10.

⁹⁴ B.N. COCHRAN *et al.*, « Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities », *op. cit.* ; S. GAETZ *et al.*, *Without a Home: The National Youth Homelessness Survey*, *op. cit.* ; N. FORGE *et al.*, « Out of the System and onto the Streets », *op. cit.* ; K.A. TYLER, « A Comparison of Risk Factors for Sexual Victimization Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Homeless Young Adults », *Violence and victims*, 2008, vol. 23, n° 5, pp. 586-602.

⁹⁵ N. FORGE *et al.*, « Out of the System and onto the Streets », *op. cit.*

⁹⁶ S. MCCOY, *Danger Zones and Stepping Stones: Phase Two. A quantitative exploration of young people's experience of temporary living*, London, Depaul UK, 2018, disponible sur <https://www.depaul.org.uk/wp-content/uploads/2020/06/DANGER-ZONES-REPORT-FINAL-EMBARGOED-TILL-00.01AM-THURSDAY-22-MARCH-2018.pdf> (consulté le 12 juin 2024).

Les structures d'accueil et d'hébergement

Nous avons précédemment mentionné le fait que la pandémie de Covid-19 a accentué et a exacerbé la précarité des personnes LGBTQIA+, tant en matière de santé mentale qu'en matière de logement⁹⁷. L'explosion du sans-abrisme chez les jeunes personnes LGBT a mis en lumière le fait que **les structures généralistes d'accueil d'hébergement des personnes sans-abris n'étaient bien souvent pas aptes à répondre aux besoins spécifiques de la communauté LGBT**.

En Europe, une recherche de 2021 conduite par ILGA-Europe en collaboration avec d'autres acteurs (*True Colors United* et le *Silberman Center for Sexuality and Gender*) rapporte « une large prévalence de jeunes LGBTI sans-abri à travers l'Europe. Plus de 60 % des organisations LGBTI qui ont répondu à l'enquête affirment avoir travaillé avec des jeunes qui expérimentent le sans-abrisme ou l'absence de chez-soi (*homelessness*) »⁹⁸. Cela étant, ces organisations ont dû gérer des personnes sans-abri LGBTI sans aucune formation ou soutien par rapport aux vécus et besoins spécifiques de cette population. Effectivement, sur l'ensemble des organisations à travers l'Europe qui ont participé à l'enquête FEANTSA, « près de trois quarts (72 %) ont indiqué qu'il n'existait pas de politique nationale traitant spécifiquement de la question de l'absence de chez-soi chez les jeunes LGBTI et plus de la moitié (59 %) ont signalé un manque de soutien gouvernemental pour les programmes axés sur l'absence de chez-soi chez les jeunes LGBTI, dont près de la moitié (47 %) ont signalé un manque de soutien financier pour de tels programmes »⁹⁹.

Une recherche menée par Osborn sur l'accès aux services durant la pandémie de Covid-19 aux États-Unis rapporte que déjà avant la pandémie, les personnes LGBTQIA+ vivent souvent des difficultés lorsqu'ils et elles doivent accéder à différents services. Ces difficultés peuvent être liées à un manque de ressources, des compétences limitées du personnel de ces services et de préjugés sociaux¹⁰⁰. En effet, lorsqu'elles demandent de l'aide, les personnes issues des minorités sexuelles ou de genre rapportent être traitées de manière inadéquate et font face à des comportements discriminants et des stigmatisations, de la part de différents services (y compris, les services de santé mentale ou de prise en charge des violences entre partenaires)¹⁰¹. De plus, par souci de sécurité, ou

⁹⁷ M.É. CZEISLER, « Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020 », *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2020, vol. 69, disponible sur <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932a1.htm> (consulté le 24 juin 2024) ; A. van DORN, R.E. COONEY et M.L. SABIN, « COVID-19 exacerbating inequalities in the US », *Lancet (London, England)*, avril 2020, vol. 395, n° 10232, pp. 1243-1244 ; M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.* ; « Movement Advancement Project | The Disproportionate Impacts of COVID-19 on LGBTQ Households in the U.S. », s.d., disponible sur <https://www.lgbtmap.org/policy-and-issue-analysis/2020-covid-lgbtq-households> (consulté le 24 juin 2024) ; J.P. SALERNO *et al.*, « Sexual and Gender Minority Stress Amid the COVID-19 Pandemic: Implications for LGBTQ Young Persons' Mental Health and Well-Being », *Public Health Reports®*, novembre 2020, vol. 135, n° 6, pp. 721-727.

⁹⁸ J. SHELTON *et al.*, *Perceptions: Addressing LGBTI Youth Homelessness in Europe and Central Asia - Findings from a Survey of LGBTI Organisations*, *op. cit.* ; FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine*, *op. cit.*, p. 6.

⁹⁹ FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine*, *op. cit.*, p. 6 ; RITOSA A. *et al.*, *Perceptions: Comparative Findings from a study of homeless services providers and LGBTI-focused organisations about LGBTIQ youth homelessness in Europe*, *op. cit.*

¹⁰⁰ I.D. ACEVEDO-POLAKOVICH *et al.*, « Service Accessibility for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth », *Youth & Society*, mars 2013, vol. 45, n° 1, pp. 75-97 ; N.D. WILLIAMS et J.N. FISH, « The availability of LGBT-specific mental health and substance abuse treatment in the United States », *Health Services Research*, 2020, vol. 55, n° 6, pp. 932-943 ; M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*, p. 157.

¹⁰¹ M. ROMANELLI et K.D. HUDSON, « Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults », *American Journal of Orthopsychiatry*, 2017, vol. 87, n° 6, pp. 714-728 ; N.D. WILLIAMS et J.N. FISH, « The availability of LGBT-specific mental health and substance abuse treatment in the United States »,

par peur de subir différentes formes d'agressions, de harcèlement ou de discriminations, les personnes LGBT évitent les structures d'accueil non spécialisées¹⁰². Les services eux-mêmes expriment également le fait qu'il existe des barrières systémiques à l'accès aux soins et différents services de prises en charge pour ces publics¹⁰³. Comme mentionné précédemment, **les professionnelles et professionnels des services de prise en charge ne sont pas toujours conscients ni formés aux vécus et besoins spécifiques des personnes LGBTI**. Leur mécompréhension de ce vécu (par exemple, l'impossibilité d'un retour au sein de la cellule familiale après le *coming out*, alors qu'il n'y a peut-être pas eu de rejet ou d'agressions violentes perceptibles) peut générer une mauvaise ou une absence de prise en charge de personnes qui n'ont pourtant pas d'autres alternatives. Des jeunes rapportent aussi des expériences de discrimination ou d'attitudes haineuses de la part du staff ou d'autres bénéficiaires des services. Ces expériences malheureuses les poussent alors à chercher des solutions par leurs propres moyens. Le « grand isolement » vécu par les jeunes qui sont en situation de rejet familial est alors accentué lorsqu'elles et ils ne trouvent pas de réponses adéquates ou ne se sentent pas entendus et compris par les structures d'accueil, au sein desquels les travailleuses et travailleurs ne sont pas toujours suffisamment formés¹⁰⁴. Du point de vue des services de prise en charge, plusieurs auteurs soulignent alors la nécessité et l'importance de mettre en place une formation continue des professionnels et professionnelles du secteur¹⁰⁵. Notons que les services d'accueil sont conscients de l'inadéquation des services qu'ils peuvent proposer – faute d'être suffisamment formés aux problématiques des personnes LGBTQIA+. Beaucoup souhaitent d'ailleurs être soutenus dans la formation de leur personnel¹⁰⁶.

Par ailleurs, **l'organisation des services d'accueil d'urgence généralistes (comme les abris de jour ou de nuit, etc.) est majoritairement fondée sur une division binaire et genrée**. Les personnes transgenres, intersexes ou non-binaires risquent alors d'être exclues des abris par manque de reconnaissance légale de leur genre ou de l'hésitation des services vers lesquels orienter ces personnes dans un système binaire. Ceci explique alors que les personnes intersexes et les

op. cit. ; J.M. CALTON, L.B. CATTANEO et K.T. GEBHARD, « Barriers to Help Seeking for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Survivors of Intimate Partner Violence », *Trauma, Violence, & Abuse*, décembre 2016, vol. 17, n° 5, pp. 585-600 ; M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*, p. 157.

¹⁰² A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, *op. cit.* ; EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS., *A long way to go for LGBTI equality.*, Luxembourg, European Union Agency for fundamental Rights, 2020, p. 72, disponible sur <https://data.europa.eu/doi/10.2811/582502> (consulté le 5 avril 2024).

¹⁰³ J. MCINTYRE *et al.*, « Systems-level Barriers in Accessing Supportive Mental Health Services for Sexual and Gender Minorities: Insights from the Provider's Perspective », *Canadian Journal of Community Mental Health*, septembre 2011, vol. 30, n° 2, pp. 173-186 ; M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*, p. 157.

¹⁰⁴ A. LOUISIN, « L'expérience de la précarité vécue par des jeunes homosexuel(le)s en rupture familiale », *op. cit.*, p. 174.

¹⁰⁵ J.L. MOE et N.M. SPARKMAN, « Assessing Service Providers at LGBTQ-Affirming Community Agencies on Their Perceptions of Training Needs and Barriers to Service », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, juillet 2015, vol. 27, n° 3, pp. 350-370 ; N.S. SHERRIFF *et al.*, « "What do you say to them?" investigating and supporting the needs of lesbian, gay, bisexual, trans, and questioning (LGBTQ) young people », *Journal of Community Psychology*, 2011, vol. 39, n° 8, pp. 939-955 ; M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*, p. 157.

¹⁰⁶ A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, *op. cit.*, p. 6.

femmes transgenres sont les groupes les plus susceptibles de dormir dans la rue ou dans l'espace public parmi les différents « groupes » qui composent la « communauté » LGBT¹⁰⁷.

Vu qu'elles évitent d'avoir recours aux structures généralistes d'accueil, les personnes LGBT sont donc invisibilisées¹⁰⁸. À cela s'ajoute le fait que les services d'accueil et d'hébergement n'enregistrent généralement pas les caractéristiques sexuelles, d'orientation sexuelle ou d'identité de genre de leurs bénéficiaires, et ne peuvent donc pas produire de données et de statistiques relatives à cette population¹⁰⁹. Vu que ce phénomène est invisible, il n'y a donc pas ou peu de stratégies pour un accueil adéquat qui sont mises en place. Pourtant, une recherche menée par l'Agence de l'Union européenne pour les droits fondamentaux (FRA) souligne la manière dont « l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre et les caractéristiques sexuelles façonnent les expériences du sans-abrisme des personnes LGBTI, ainsi que leurs besoins et donc, leurs trajectoires vers un logement durable »¹¹⁰.

Cela étant, des **structures d'accueil spécifiques aux personnes LGBT** commencent à émerger en Europe continentale, notamment en Belgique, en France, en Italie et en Slovaquie¹¹¹.

Le sans-abrisme et l'emploi

En dehors du vécu spécifique du rejet familial des jeunes LGBT, ILGA-Europe met en avant les **problèmes financiers et les revenus insuffisants** comme constituant les causes principales de précarité en matière de logement chez les personnes LGBTI¹¹². L'absence d'un emploi stable et correctement rémunéré est généralement identifiée par la littérature comme un des facteurs menant au sans-abrisme au sein de la communauté LGBTI. La dynamique des discriminations à l'emploi est cruciale à envisager à cet égard¹¹³. Par ailleurs, l'absence de logement fixe pose également problème dans la recherche d'emploi. Comme le souligne aussi ILGA-Europe, les personnes qui expérimentent des difficultés en matière de logement, sont plus à risque d'être sans emploi. Les personnes qui sont les plus affectées par des discriminations sont les personnes migrantes (surtout les personnes sans papiers), les femmes transgenres et les personnes en situation de handicap. Elles sont alors plus susceptibles de survivre grâce au travail du sexe ou d'autres formes de revenus de l'économie informelle. ILGA souligne alors que la criminalisation du travail du sexe conduit à une plus grande marginalisation et discrimination de ces personnes, ce qui constitue une barrière supplémentaire dans la recherche de logement ou l'accès à des soins de santé¹¹⁴.

2. La précarité en matière de santé

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous présentons trois commentaires généraux.

¹⁰⁷ A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, op. cit., p. 5.

¹⁰⁸ A. RITOSA et al., *Perceptions: Comparative Findings from a study of homeless services providers and LGBTI-focused organisations about LGBTIQ youth homelessness in Europe*, op. cit.

¹⁰⁹ A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, op. cit.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 2.

¹¹¹ A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, op. cit.

¹¹² *Ibid.*, p. 7.

¹¹³ « Intersections: The LGBTI II Survey Analysis project | ILGA-Europe », 9 février 2023, disponible sur <https://www.ilga-europe.org/report/fra-lgbti-report-2019-intersections/> (consulté le 5 avril 2024).

¹¹⁴ FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine*, op. cit., p. 24 ; A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, op. cit., p. 9.

Premièrement, **la précarité en matière de logement, et la précarité en matière de santé sont intrinsèquement liées**. Sans espace à soi, sécurisé et stable, il est difficile pour quiconque de prendre soins de ses besoins de santé les plus fondamentaux (y compris, les besoins en termes de santé mentale). Comme le suggèrent Reidy et Barranco :

« [E]n plus des risques d'être exposés [à différents dangers] lorsqu'elles dorment dans des endroits qui ne sont pas supposés être des logements permanents, l'absence de logement ou de chez-soi peut mener à une mauvaise santé, vu l'absence d'accès à un suivi de santé préventif, au manque d'espace adéquat pour stocker ses médicaments ou à un accès limité aux infrastructures d'hygiène de base. »¹¹⁵

D'ailleurs, l'enquête menée par ces deux chercheurs montre que les personnes LGBTI qui rapportent être affectées par une maladie de longue durée ou avoir un état de santé qu'elles considèrent comme « mauvais » ou « très mauvais » étaient plus susceptibles d'avoir vécu des difficultés de logement. Cependant, la nature causale de cette relation – c'est-à-dire la question de savoir si les problèmes de logement découlent de problèmes de santé ou si les problèmes de santé découlent des problèmes de logement – n'est pas clairement établie.

Deuxièmement, Grenouilleau-Albertini *et al.* mettent en avant « **le manque de données disponibles sur la santé des personnes LGBTI**, et plus largement, le peu d'inclusivité des données sexuées collectées en population générale »¹¹⁶. Plus précisément, ils pointent l'absence d'intérêt en médecine générale pour la particularité des populations LGBTI quant aux questions générales de santé comme la mortalité, le diabète, l'utilisation d'hormones, les cancers, etc.¹¹⁷. « L'espérance de vie de ces groupes, leur qualité de vie, leur accès aux prestations sociales et de santé, les maladies et les difficultés qui les touchent... sont mal connues et ne font pas nécessairement l'objet d'études. [Plutôt,] ces sujets disparaissent derrière les questions de genre pathologiques ou pathologisées. Et les études concernant cette minorité se concentrent sur les domaines de la santé mentale, de la santé sexuelle et reproductive, et des conduites addictives »¹¹⁸. Une conséquence du VIH-centrisme et de l'intérêt porté principalement sur les hommes ayant des relations sexuelles avec hommes (HSH) est que certains vécus restent invisibilisés. Tant que la santé des personnes LGBTI est conceptualisée comme « un enjeu de santé sexuelle en lien avec les infections sexuellement transmissibles »¹¹⁹, les réalités et les vécus d'une série de personnes (comme les « personnes bisexuelles, lesbiennes, intersexes, ainsi que la diversité des transidentités »¹²⁰) seront continuellement invisibilisés.

¹¹⁵ A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, *op. cit.*, p. 11.

¹¹⁶ A.-S. GRENOUILLEAU-ALBERTINI *et al.*, « Collecter des données pour la santé des populations LGBTI : pourquoi, comment, avec qui ? », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, p. 81.

¹¹⁷ Signalons les recherches suivantes sur le cancer : A. ALESSANDRIN et A. MEIDANI, « Cancers, minorités de genre et de sexualité : un nouvel élément de mesure dans la santé des LGBT ? » in A. MEIDANI, *Masculinités et féminités face au cancer*, Toulouse, Érès, 2020, pp. 161-178 ; S. SCIME, « Inégalités des soins aux personnes transgenres atteintes du cancer : recommandations en faveur de changements », *Can Oncol Nurs J.*, 2019, 29(2) ; A. MEIDANI et A. ALESSANDRIN, « Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? », *Sci Soc Santé*, 2017, 35(1), pp. 41-63.

¹¹⁸ A.-S. GRENOUILLEAU-ALBERTINI *et al.*, « Collecter des données pour la santé des populations LGBTI », *op. cit.*, p. 83.

¹¹⁹ F. BERDOUGO, G. GIRARD et É. MARSICANO, « Santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, p. 11.

¹²⁰ *Ibid.*, p. 11.

Troisièmement, « selon l’OMS, **la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité.** Or, les déterminants sociaux de santé mettent en évidence des inégalités parmi la population en matière de santé, c’est-à-dire des différences selon un gradient social qui augmente des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées »¹²¹.

Outre ces trois précisions, il convient de préciser que la précarité en matière de santé pour les personnes LGBT doit être envisagée à travers un **double prisme** :

« [D’un côté,] il y un ensemble de facteurs qui vont concourir à un moins bon état de santé que la population générale. [De l’autre], il y a une difficulté accrue à accéder à des soins de qualité, dû à la fois à un manque de formation et un manque de compétences à la fois culturelles et médicales. Et donc, pour moi, ce profil de fragilité, il va être double. D’une part, on va être en moins bon état que la moyenne, et d’autre part, on aura moins de possibilités de prise en charge que la moyenne et ça se renforce assez fort » (Médecin généraliste, *focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Il existe en effet de nombreuses barrières pour l’accès aux soins par les personnes LGBTQIA+¹²². Ces barrières prennent différentes formes (individuelles, institutionnelles ou sociétales) et dépendent des parcours individuels. Cela étant, plusieurs recherches soulignent la manière dont la pandémie de Covid-19 a exacerbé les difficultés existantes pour l’accès aux soins des personnes déjà précarisées et qui vivent une exclusion systémique¹²³. Comme mentionné précédemment, la pandémie de Covid-19 et les confinements ont entraîné des conséquences sur les situations de vie des individus ; ont pu les exposer à différents risques (harcèlement moral, violences intrafamiliales, comportements abusifs, etc.)¹²⁴ ; ou ont aussi pu engendrer des facteurs de stress liés à la pandémie (comme la perte d’emploi et les difficultés financières)¹²⁵. Certaines personnes font aussi état d’une

¹²¹ D.C. JAN, « 4e plan fédéral de lutte contre la pauvreté et de réduction des inégalités », novembre 2022, p. 38, disponible sur <https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/4e-plan-federal.pdf> (consulté le 9 avril 2024).

¹²² M. OSBORN, « LGBTQIA+ people’s service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.* ; L.S. CASEY *et al.*, « Discrimination in the United States: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer Americans », *Health Services Research*, 2019, vol. 54, n° S2, pp. 1454-1466 ; J. GRANT *et al.*, *Injustice at Every Turn. A Report of the National Transgender Discrimination Survey*, Washington, National Center for Transgender Equality; National Gay and Lesbian Task Force, 2011, p. 228, disponible sur https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf (consulté le 24 juin 2024).

¹²³ K.M.J. AZAR *et al.*, « Disparities In Outcomes Among COVID-19 Patients In A Large Health Care System In California », *Health Affairs*, juillet 2020, vol. 39, n° 7, pp. 1253-1262 ; M.É. CZEISLER, « Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020 », *op. cit.* ; C.L. PARK *et al.*, « Americans’ COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines », *Journal of General Internal Medicine*, août 2020, vol. 35, n° 8, pp. 2296-2303 ; A. van DORN, R.E. COONEY et M.L. SABIN, « COVID-19 exacerbating inequalities in the US », *op. cit.* ; M. OSBORN, « LGBTQIA+ people’s service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*

¹²⁴ J.N. FISH *et al.*, « ‘I’m Kinda Stuck at Home With Unsupportive Parents Right Now’: LGBTQ Youths’ Experiences With COVID-19 and the Importance of Online Support », *Journal of Adolescent Health*, septembre 2020, vol. 67, n° 3, pp. 450-452.

¹²⁵ « Movement Advancement Project | The Disproportionate Impacts of COVID-19 on LGBTQ Households in the U.S. », *op. cit.* ; A.J. RESTAR *et al.*, « Characterising the impact of COVID-19 environment on mental health, gender affirming services and socioeconomic loss in a global sample of transgender and non-binary people: a structural equation modelling », *BMJ Global Health*, mars 2021, vol. 6, n° 3, p. e004424.

augmentation d'un sentiment de détresse psychologique¹²⁶ et enfin, du retardement des soins de santé trans-affirmatifs notamment¹²⁷.

À ces barrières à l'accès s'ajoute le fait que les personnes qui s'identifient comme LGBTQIA+ sont plus susceptibles d'être exposées à différents problèmes de santé (mentale ou physique) au cours de leur vie. Effectivement, comparativement à la population générale, « les personnes LGBTQIA+ connaissent une prévalence plus élevée de différentes problématiques tout au long de leur vie, y compris des problèmes de santé physique ou mentale¹²⁸, de pauvreté¹²⁹ et de précarité en matière de logement¹³⁰ »¹³¹. Selon Louisin, la pauvreté et la précarité en matière de logement sont les éléments clés à partir desquels une précarité en cascade peut découler. Les personnes peuvent être contraintes d'adopter différentes formes de privation, qui sont susceptibles d'entraîner des conséquences tant sur leur santé mentale que physique. Le cadre de vie et le risque de précarité matérielle (après le rejet familial par exemple) sont des facteurs qui influent énormément sur la santé physique et psychique des individus¹³². Comme elle le suggère, « ces événements de vie et cette expérience de précarité vont entraîner des conséquences physiques, mais aussi psychologiques [...]. Pour ce qui est de la santé, les jeunes, notamment ceux se retrouvant sans domicile et avec peu ou sans ressources financières, peuvent perdre beaucoup de poids et tomber malades régulièrement sans forcément bénéficier de soins adaptés »¹³³. De plus, elle remarque que les personnes tendent à adopter des comportements à risque pour supporter des réalités de vie difficile¹³⁴. Elle parle alors de « l'expression d'une grande souffrance qui ne peut s'exprimer autrement que dans des passages à l'acte : alcoolisme, prise de cannabis et autres toxicomanies,

¹²⁶ J.D. KIDD *et al.*, « Understanding the Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Transgender and Gender Nonbinary Individuals Engaged in a Longitudinal Cohort Study », *Journal of Homosexuality*, mars 2021, vol. 68, n° 4, pp. 592-611 ; J.P. SALERNO, N.D. WILLIAMS et K.A. GATTAMORTA, « LGBTQ populations: Psychologically vulnerable communities in the COVID-19 pandemic », *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2020, vol. 12, n° S1, pp. S239-S242.

¹²⁷ J.D. KIDD *et al.*, « Understanding the Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Transgender and Gender Nonbinary Individuals Engaged in a Longitudinal Cohort Study », *op. cit.* ; A.I.R. VAN DER MIESEN, D. RAAIJMAKERS et T.C. VAN DE GRIFT, « “You Have to Wait a Little Longer”: Transgender (Mental) Health at Risk as a Consequence of Deferring Gender-Affirming Treatments During COVID-19 », *Archives of Sexual Behavior*, juillet 2020, vol. 49, n° 5, pp. 1395-1399.

¹²⁸ B.A. CACERES *et al.*, « Assessing and Addressing Cardiovascular Health in LGBTQ Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association », *Circulation*, novembre 2020, vol. 142, n° 19, pp. e321-e332 ; K.J. CONRON, M.J. MIMIAGA et S.J. LANDERS, « A Population-Based Study of Sexual Orientation Identity and Gender Differences in Adult Health », *American Journal of Public Health*, octobre 2010, vol. 100, n° 10, pp. 1953-1960 ; M. PLÖDERL et P. TREMBLAY, « Mental health of sexual minorities. A systematic review », *International Review of Psychiatry*, septembre 2015, vol. 27, n° 5, pp. 367-385.

¹²⁹ M.V.L. BADGETT, S.K. CHOI et B.D.M. WILSON, « LGBT Poverty in the United States », in J.A. REICH (éd.), *The State of Families*, 1^{re} éd., New York, NY : Routledge Books, 2021., Routledge, 29 décembre 2020, pp. 385-387, disponible sur <https://www.taylorfrancis.com/books/9780429674396/chapters/10.4324/9780429397868-75> (consulté le 24 juin 2024) ; C.S. CARPENTER, S.T. EPPINK et G. GONZALES, « Transgender Status, Gender Identity, and Socioeconomic Outcomes in the United States », *ILR Review*, mai 2020, vol. 73, n° 3, pp. 573-599 ; J. GRANT *et al.*, *Injustice at Every Turn. A Report of the National Transgender Discrimination Survey*, *op. cit.*

¹³⁰ J. ECKER, T. AUBRY et J. SYLVESTRE, « A Review of the Literature on LGBTQ Adults Who Experience Homelessness », *op. cit.* ; B.A. ROBINSON, *Coming Out to the Streets: LGBTQ Youth Experiencing Homelessness*, novembre 2020.

¹³¹ M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*, p. 158 ; A. LOUISIN, « L'expérience de la précarité vécue par des jeunes homosexuel(le)s en rupture familiale », *op. cit.*, p. 173.

¹³² A. LOUISIN, « L'expérience de la précarité vécue par des jeunes homosexuel(le)s en rupture familiale », *op. cit.*, p. 173.

¹³³ *Ibid.*, p. 179.

¹³⁴ A. LOUISIN, « L'expérience de la précarité vécue par des jeunes homosexuel(le)s en rupture familiale », *op. cit.*

scarifications, multiplication des rapports sexuels (protégés ou non) et prostitution. Le risque d'attraper le VIH, VHC (hépatite C) et d'autres maladies sexuellement transmissibles est donc présent »¹³⁵.

La suite de notre exposé s'articule en **trois sections** : « **Le rapport aux institutions et l'accès aux soins** », « **La santé mentale des personnes LGBT** », et enfin « **Les parcours de soins en dehors du système institutionnel** ».

Le rapport aux institutions et l'accès aux soins

La littérature met en exergue une tendance à la sous-utilisation des soins de santé par les personnes LGBT. Souvent, la peur de subir une discrimination dans une institution de santé décourage les individus d'avoir recours aux soins dont ils ont besoin¹³⁶.

Le modèle du stress des minorités

De nombreuses autrices et de nombreux auteurs mobilisent les modèles de stress des minorités pour expliquer la prévalence des problèmes de santé au sein de la population LGBTQ. Ils et elles mettent en évidence les processus individuels et interindividuels ainsi que les voies biopsychosociales par lesquelles le stress résultant de la stigmatisation et de la discrimination entraîne des disparités de santé pour les LGBTQ¹³⁷. L'idée principale derrière ces modèles est que ces personnes sont exposées à différents facteurs de stress psychologiques (au niveau intrapersonnel, interpersonnel et structurel)¹³⁸ et que ce stress a des effets négatifs sur différents aspects de leur vie. En particulier, beaucoup mettent en exergue la manière dont la stigmatisation et les discriminations vécues par ces minorités, ainsi que l'absence de

¹³⁵ *Ibid.*, p. 180.

¹³⁶ J. GRANT *et al.*, *Injustice at Every Turn. A Report of the National Transgender Discrimination Survey*, *op. cit.* ; B.G. EVERETT et S. MOLLBORN, « Examining Sexual Orientation Disparities in Unmet Medical Needs among Men and Women », *Population research and policy review*, août 2014, vol. 33, n° 4, pp. 553-577 ; J.M.W. HUGHTO, S.L. REISNER et J.E. PACHANKIS, « Transgender Stigma and Health: A Critical Review of Stigma Determinants, Mechanisms, and Interventions », *Social science & medicine* (1982), décembre 2015, vol. 147, p. 222 ; J.M.W. HUGHTO *et al.*, « Barriers to Gender Transition-Related Healthcare: Identifying Underserved Transgender Adults in Massachusetts », *Transgender Health*, 2017, vol. 2, n° 1, p. 107 ; P.E. WAGNER *et al.*, « Health (Trans)gressions: Identity and Stigma Management in Trans* Healthcare Support Seeking », *Women & Language*, Fall 2016, vol. 39, n° 1, pp. 49-74 ; E.A. PAINE, « Embodied disruption: "Sorting out" gender and nonconformity in the doctor's office », *Social Science & Medicine*, août 2018, vol. 211, pp. 352-358.

¹³⁷ M.L. HATZENBUEHLER, « How Does Sexual Minority Stigma "Get Under the Skin"? A Psychological Mediation Framework », *Psychological bulletin*, septembre 2009, vol. 135, n° 5, pp. 707-730 ; M.L. HENDRICKS et R.J. TESTA, « A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model », *Professional Psychology: Research and Practice*, 2012, vol. 43, n° 5, pp. 460-467 ; INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL, AND TRANSGENDER HEALTH ISSUES AND RESEARCH GAPS AND OPPORTUNITIES, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*, The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health, Washington (DC), National Academies Press (US), 2011, disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/> (consulté le 3 juillet 2024) ; D.J. LICK, L.E. DURSO et K.L. JOHNSON, « Minority Stress and Physical Health Among Sexual Minorities », *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, septembre 2013, vol. 8, n° 5, pp. 521-548 ; I.H. MEYER, « Minority stress and mental health in gay men », *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, vol. 36, n° 1, pp. 38-56 ; E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

¹³⁸ I.H. MEYER *et al.*, « Incarceration Rates and Traits of Sexual Minorities in the United States: National Inmate Survey, 2011–2012 », *American Journal of Public Health*, février 2017, vol. 107, n° 2, pp. 267-273 ; R.J. TESTA *et al.*, « Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure », *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2015, vol. 2, n° 1, pp. 65-77 ; R.O. VALDISERRI *et al.*, « Unraveling Health Disparities Among Sexual and Gender Minorities: A Commentary on the Persistent Impact of Stigma », *Journal of Homosexuality*, avril 2019, vol. 66, n° 5, pp. 571-589.

soutiens sociaux adéquats ont un impact négatif sur la santé et le bien-être¹³⁹. Du fait de vivre dans un environnement hétéronormé et cisnormé, les individus sont exposés à la « stigmatisation au niveau structurel, sous la forme de politiques discriminatoires et de normes sociétales concernant le genre, le sexe et la sexualité qui définissent alors les personnes LGBTQ comme non normatives »¹⁴⁰.

En dehors des facteurs de stress et des besoins spécifiques en matière de soins, les interactions entre les personnes LGBTQIA+ et les services d'aide institutionnalisés ont souvent été teintées de méfiance, de suspicion et de réticence (*lack of engagement*). Ces attitudes reflètent la longue tradition de stigmatisation sociale et la pathologisation médicale des corps et des expériences *queer* et transgenres notamment. De même, il existe peu d'exemples de prise en charge et de réponse adéquates aux besoins de ces communautés¹⁴¹. Par exemple, selon les chiffres rapportés par ILGA-Europe (concernant les personnes LGBTI en situation de sans-abrisme), un quart de ces personnes (25,40 %) ont déjà vécu des discriminations de la part du personnel des services sociaux ou de santé, et une personne sur 10 a déjà porté plainte contre les services de soins. 9,41 % des personnes LGBTI avec des difficultés de logement (sur les participantes et participants à la recherche menée conjointement par ILGA-Europe et par la FEANTSA) ont renoncé à un traitement médical par peur d'être discriminées ou de faire face à une réaction intolérante¹⁴².

S'il est établi par la littérature que les personnes LGBTQIA+ sont plus susceptibles d'être discriminées et/ou de renoncer aux soins, il manque de connaissances pour comprendre ce qu'il se passe effectivement dans le cabinet médical et donc, ce qui suscite effectivement la renonciation et l'évitement des soins. Dans une recherche qualitative sur ce sujet, Paine examine l'expérience de santé de 34 individus LGBTQ (femme cisgenre, homme transgenre et personnes non binaires) d'origines ethniques diverses, qui consultent dans une métropole aux États-Unis. La particularité de cette patientèle est qu'elle n'est pas conforme aux schémas biomédicaux dominants en termes de sexe et de genre. Ces patientes et patients sont donc considérés par les médecins comme « *gender non conforming* », c'est-à-dire « non conformes en termes de genre ». Paine soutient alors, dans la continuité d'autres recherches théoriques¹⁴³, que « les schémas médicaux du sexe/du genre/de la sexualité façonnent l'expérience des individus dans les systèmes médicaux et médicalisés »¹⁴⁴. Dans

¹³⁹ K. McDONALD, « Social Support and Mental Health in LGBTQ Adolescents: A review of the literature », *Issues in Mental Health Nursing*, janvier 2018, vol. 39, n° 1, pp. 16-29 ; E.A. MCCONNELL, M. BIRKETT et B. MUSTANSKI, « Families Matter: Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth », *Journal of Adolescent Health*, décembre 2016, vol. 59, n° 6, pp. 674-680 ; M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*

¹⁴⁰ M.L. HATZENBUEHLER *et al.*, « Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations », *Social Science & Medicine* (1982), février 2014, vol. 103, pp. 33-41 ; J.M.W. HUGHTO, S.L. REISNER et J.E. PACHANKIS, « Transgender Stigma and Health », *op. cit.* ; E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

¹⁴¹ M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*, p. 158 ; L.S. CASEY *et al.*, « Discrimination in the United States », *op. cit.* ; E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.* ; M. ROMANELLI et K.D. HUDSON, « Individual and systemic barriers to health care », *op. cit.* ; B. VINCENT, *Non-Binary Genders: Navigating Communities, Identities, and Healthcare*, Bristol, Policy Press, 2 juillet 2020, disponible sur <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/non-binary-genders> (consulté le 26 juin 2024).

¹⁴² A. REIDY et S.P. BARRANCO, *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, *op. cit.*, p. 11.

¹⁴³ R. ALMELING, *Sex Cells: the Medical Market for Eggs and Sperm*, Berkeley, CA, University of California Press, 2011, disponible sur <https://www.ucpress.edu/books/sex-cells/hardcover> (consulté le 29 août 2024) ; EPSTEIN S., *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge.*, Berkeley, CA, University of California Press, 1996, disponible sur <https://www.ucpress.edu/books/impure-science/paper> (consulté le 29 août 2024) ; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, New York, NY, Basic Books, 30 novembre 2000.

¹⁴⁴ E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*, p. 357.

cette étude, elle interprète « l'expérience individuelle de la stigmatisation comme étant une cristallisation des délimitations médicales systémiques du sexe et du genre »¹⁴⁵. De plus, sa recherche souligne l'importance de considérer comment les facteurs institutionnels et organisationnels déterminent les expériences interpersonnelles et incarnées de la stigmatisation, en contexte.

Il semble utile de revenir un instant, de manière plus détaillée, sur ce schéma médical d'alignement entre « sexe/genre/orientation sexuelle » et sur la question de la non-conformité de genre. Comme le rappelle Paine :

« La médecine est une institution sociale clé à travers laquelle les catégories sociales sont construites, produites et réifiées, mais aussi (potentiellement) remises en question et redéfinies. L'institution médicale est organisée et investie de l'autorité d'agir sur les corps dans le but de promouvoir et de contrôler la santé individuelle et collective de la société (Conrad, 1992). Lorsqu'il s'agit de définir les corps et les catégories sociales dans lesquelles ils sont classés, la médecine reste l'une des institutions les plus puissantes et les plus influentes qui façonnent nos définitions culturelles du sexe, du genre et de la sexualité (voir Epstein, 1996 ; Fausto-Sterling, 2000). Les frontières liées à ces catégories sociales primaires sont tracées et redessinées par les acteurs médicaux, et elles sont disciplinées au sein des établissements médicaux (Foucault, 1973). »¹⁴⁶

Elle rappelle également que la plupart des individus (aux États-Unis) vivent leur première rencontre médicale lors de la naissance et pointe que les acteurs médicaux sont alors les premiers à déterminer le sexe légal d'une personne, la plupart du temps selon le classement dans les catégories binaires de « masculin » ou « féminin ». Cet acte médical initial exemplifie la manière dont le « genre en tant qu'institution est reproduit et les constructions binaires du genre et du sexe sont réifiées »¹⁴⁷.

Les observations de Paine suggèrent alors que la conformité ou non-conformité aux normes binaires du genre peut expliquer les disparités dans les expériences de discrimination vécues par les personnes LGBTQ. Elle reprend le concept de « visiblement stigmatisé/able » (*visibly stigmatized*) de Miller et Grollman¹⁴⁸ qui déplace l'attention de l'identité stigmatisée d'un individu à la question de savoir si un individu est susceptible ou pas d'être catégorisé comme appartenant à un groupe stigmatisé par un observateur externe. Cet élément fait écho au constat de la littérature selon lequel les personnes transgenres font partie des personnes les plus précarisées dans différents domaines et y compris, la santé. Cela étant dit, l'analyse proposée par Paine ne se limite pas aux personnes transgenres. Elle mentionne notamment les travaux de Gordon et Meyer selon lesquels la non-conformité (visible) aux stéréotypes de genre permet d'expliquer partiellement des préjudices subis par certains individus lesbiens, gays ou bisexuels cisgenres¹⁴⁹. Dans le cadre de son étude des interactions médecins-patients, Paine propose des éléments explicatifs quant aux raisons pour

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 358.

¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 353. (notre traduction)

¹⁴⁷ P.Y. MARTIN, « Gender as Social Institution », *Social Forces*, 2004, vol. 82, n° 4, pp. 1249-1273 ; E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

¹⁴⁸ L.R. MILLER et E.A. GROLLMAN, « The Social Costs of Gender Nonconformity for Transgender Adults: Implications for Discrimination and Health », *Sociological Forum (Randolph, N.J.)*, septembre 2015, vol. 30, n° 3, pp. 809-831.

¹⁴⁹ A.R. GORDON et I.H. MEYER, « Gender nonconformity as a target of prejudice, discrimination, and violence against LGB individuals », *Journal of LGBT health research*, 2007, vol. 3, n° 3, p. 6768 ; E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

lesquelles certains individus ont moins recours aux soins. Elle fait référence à la manière dont un individu incarne ou performe une relation à la norme biomédicale dominante du sexe/genre/sexualité, qui suppose que l'identité de genre, l'expression de genre, le sexe assigné à la naissance, et l'orientation sexuelle s'alignent. Donc, dans ce cas, l'identité n'est pas nécessairement le point d'attention central : le fait qu'une personne apparaisse comme transgressant ou déviant de la norme de genre ou non n'est pas en soi un indicateur de l'identité de celle-ci. Cette définition reposant sur la notion fondamentale selon laquelle les différences entre les sexes et les genres sont construites par des processus sociaux¹⁵⁰.

Elle souligne également que même lorsque des personnes transgenres « passent pour » (*pass*), c'est-à-dire sont identifiées par un observateur externe comme cisgenres, leur incarnation diffère des schémas genrés normés, car leur identité de genre et le sexe qui leur est assigné à la naissance ne sont pas alignés¹⁵¹. Dès lors, comme le suggèrent Hughto *et al.*, la médicalisation de la non-conformité de genre mène à des pratiques dont l'objectif est de renforcer les normes genrées dans le contexte médical¹⁵². D'ailleurs, plusieurs recherches font état de la stigmatisation de la patientèle transgenre comme moyen de renforcer l'autorité médicale ou de pratiques visant à retarder la prise en charge médicale de celles et ceux qui sont perçus par le médecin comme ne pouvant pas se conformer aux stéréotypes de genre¹⁵³. Ces éléments illustrent le pouvoir des schémas médicaux dominants concernant le sexe, le genre et la sexualité et informent sur les facteurs structurels plus larges qui jouent sur les micro-interactions médicales (entre le ou la médecin et son ou sa patiente). Paine explique alors que lorsque des prestataires de soins reconnaissent mal ou ne reconnaissent pas du tout les patientes et les patients non-conformes en termes de genre, une « perturbation incarnée » se produit : les prestataires réagissent en se désengageant de l'interaction, en classant les individus ou encore en adoptant une attitude de déni ou en disciplinant ce public, ce qui *de facto* le stigmatise. Des patientes et patients transgenres ou non-conformes en termes de genre rapportent aussi que les prestataires de soins expriment leur inconfort face à l'interaction et conduisent parfois des examens non nécessaires¹⁵⁴. La norme de genre intervient alors dans l'interaction entre les prestataires de soins et le patient ou la patiente, ce qui a comme conséquence de décourager les personnes LGBTQ d'avoir recours aux soins. Effectivement, ils et elles choisissent alors plutôt d'éviter d'autres discriminations que d'avoir recours aux soins nécessaires pour leur santé.

De manière générale, Paine suggère donc que les personnes non-conformes aux stéréotypes de genre signalent plus de discriminations et évitent plus souvent les soins de santé que ceux qui sont conformes en termes de genre¹⁵⁵. Ses résultats démontrent l'occurrence de perturbations incarnées, qui illustrent comment l'incarnation par la patientèle d'une non-conformité aux constructions médicales binaires perturbe les interactions médicales ordinaires et comment les réactions des prestataires empêchent les personnes qui ne se conforment pas aux stéréotypes de genre de recevoir

¹⁵⁰ E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.* ; J. BUTLER, *Bodies that matter: on the discursive limits of « sex »*, New York, Routledge, 1993 ; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, *op. cit.*

¹⁵¹ E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

¹⁵² J.M.W. HUGHTO, S.L. REISNER et J.E. PACHANKIS, « Transgender Stigma and Health », *op. cit.* ; E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

¹⁵³ T. POTEAT, D. GERMAN et D. KERRIGAN, « Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters », *Social Science & Medicine* (1982), mai 2013, vol. 84, pp. 22-29 ; G. DAVIS, J.M. DEWEY et E.L. MURPHY, « GIVING SEX: Deconstructing Intersex and Trans Medicalization Practices », *Gender and Society*, 2016, vol. 30, n° 3, pp. 490-514 ; E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

¹⁵⁴ E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

¹⁵⁵ *Ibid.*

des réponses à leurs besoins en matière de santé. Ainsi, face à cette perturbation de l'interaction, les prestataires se basent sur le schéma dominant binaire de la correspondance entre sexe, genre et sexualité (c'est-à-dire, que l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'expression de genre et le sexe biologique s'alignent de deux manières visibles et mesurables) pour méconnaître et ensuite, se désengager de l'interaction ou pire, adoptent une attitude de déni ou disciplinent les patientes et patients. Ces réactions ont pour fonction de réaligner ce public dans les paradigmes médicaux de la binarité du genre¹⁵⁶.

Ces expériences sont pénibles pour ces personnes : les rencontres les plus difficiles aboutissent généralement à une interruption des soins et à la non-résolution des problèmes de santé.

« En révélant le processus incarné et interpersonnel par lequel la stigmatisation structurelle sous la forme de normes sociétales de sexe/genre/sexualité (Hughto et al., 2015) employées dans les milieux médicaux pénalise les personnes LGBTQ qui ne se conforment pas aux normes de sexe/genre/sexualité lors des rencontres de soins de santé, cette étude étend les connaissances sur la façon dont la médicalisation du genre et de la sexualité stigmatise et désavantage les patients LGBTQ. »¹⁵⁷

La littérature sur le stress suggère alors que, par répercussions, cela a un impact négatif sur la santé des personnes qui ne se conforment pas aux normes de genre à travers deux processus : par les expériences aigües de stress dues à la discrimination et à la stigmatisation ressenties¹⁵⁸ et par les conséquences biopsychosociales négatives des soucis de santé mentale et physique non soignés¹⁵⁹.

Par ailleurs, il semble utile de souligner qu'il n'est pas toujours clairement établi par les personnes LGBTQ d'origines ethniques diverses comment la discrimination raciale peut s'intersectionner ou s'ajouter aux discriminations subies en raison d'une non-conformité de genre¹⁶⁰.

Un autre élément avancé par Paine mérite aussi d'être abordé, compte tenu de l'objectif de cette présente recherche. Ses résultats démontrent que les participantes et participants qui ont été en contact avec des centres de santé LGBT ou des prestataires LGBT font moins état d'interactions problématiques. Ceci suggère qu'il est possible de construire et d'exercer dans un contexte de soins qui utilise des schémas médicaux sexe/genre/sexualité qui divergent du schéma dominant et qui envisagent les différentes réalités incarnées par la patientèle qui ne se conforme pas aux normes de genre. Ainsi, les résultats de l'étude menée par Paine indiquent effectivement que

« [P]our éviter des perturbations dans l'interaction entre les prestataires et les patient(e)s, les schémas médicaux de genre doivent être fondamentalement redéfinis pour refléter la diversité incarnée par les personnes qui ne sont pas conformes aux normes de genre. Bien que les tendances actuelles en matière d'interventions visant à réduire la stigmatisation des personnes LGBTQ dans les établissements de santé donnent la priorité à des

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ M.L. HATZENBUEHLER, « How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? », *op. cit.* ; I.H. MEYER, « Minority stress and mental health in gay men », *op. cit.*

¹⁵⁹ K.L. SEELMAN *et al.*, « Transgender Noninclusive Healthcare and Delaying Care Because of Fear: Connections to General Health and Mental Health Among Transgender Adults », *Transgender Health*, 2017, vol. 2, n° 1, pp. 17-28 ; M. ROMANELLI, W. LU et M.A. LINDSEY, « Examining Mechanisms and Moderators of the Relationship Between Discriminatory Health Care Encounters and Attempted Suicide Among U.S. Transgender Help-Seekers », *Administration and Policy in Mental Health*, novembre 2018, vol. 45, n° 6, pp. 831-849.

¹⁶⁰ E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

aménagements mineurs, orientés vers le patient (par exemple, l'ajout de cases "autres" sous les questions "Genre" sur les formulaires d'admission) ainsi qu'à des interventions éducatives dans les programmes d'études médicales (par exemple, une formation "Transgenre 101" de 60 minutes à la faculté de médecine), les résultats de l'étude suggèrent que ces interventions ne seront efficaces **que dans la mesure où elles déconstruisent les suppositions des prestataires sur le genre binaire**. Si les normes médicales de genre/sexe/sexualité sont effectivement des formes de stigmatisation structurelle (Hughto *et al.*, 2015), qui est une cause fondamentale de la santé (Hatzenbuehler *et al.*, 2013), alors, à moins que les interventions ne remettent en question avec succès les normes médicales hégémoniques de sexe et de genre, les prestataires continueront à réifier les normes stigmatisantes à travers les interactions interpersonnelles avec les patients non-conformes aux stéréotypes de genre. »¹⁶¹

De manière générale donc, les principaux obstacles à une prise en charge adéquate des personnes LGBTQIA+ consistent en l'absence de compétences quant aux besoins spécifiques et vécus dans le chef des prestataires (de soins, d'aide sociale, etc.), le harcèlement verbal, les questions intrusives ainsi que le déni de service. Ces obstacles sont accentués par un racisme systémique et des disparités économiques¹⁶² qui rendent alors l'accès aux services encore plus difficile pour certaines personnes LGBTQIA+. Il faut donc envisager ces obstacles avec une réflexion intersectionnelle, c'est-à-dire en tenant compte des différents facteurs de discrimination, qui interagissent entre eux et se renforcent.

Par ailleurs, certains auteurs et certaines autrices mettent en exergue la responsabilité des institutions quant à une prise en charge adéquate des personnes LGBT, et plus spécifiquement des personnes transgenres. Dans leurs recherches, ils et elles conceptualisent alors les manquements structurels des institutions de soins et de l'effet que cela produit sur le public transgenre comme une « invisibilisation institutionnelle » (*institutional erasure*)¹⁶³.

Comprendre les processus d'invisibilisation (informationnel et institutionnel)

Bauer *et al.* ont développé un cadre théorique permettant de comprendre comment « **l'effacement informationnel et institutionnel** » fonctionne et impacte les interactions des personnes transgenres avec le système de soins. Leur cadre théorique est construit à partir du concept d'« invisibilisation »/d'« effacement » (*erasure*) qui est développé par Namaste en 2000 et qui est décrit comme « une condition déterminante de la manière dont la 'transsexualité'¹⁶⁴ est gérée dans la culture et les institutions, une condition qui inscrit finalement la 'transsexualité' comme impossible »¹⁶⁵. De manière synthétique, ils observent que les processus tant d'invisibilisation des informations (*informational erasure*) que d'invisibilisation institutionnelle (*institutional erasure*) se

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 358.

¹⁶² M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.* ; E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.* ; J. GRANT *et al.*, *Injustice at Every Turn. A Report of the National Transgender Discrimination Survey*, *op. cit.* ; M. ROMANELLI et K.D. HUDSON, « Individual and systemic barriers to health care », *op. cit.*

¹⁶³ G.R. BAUER *et al.*, « "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, septembre 2009, vol. 20, n° 5, pp. 348-361.

¹⁶⁴ Notons que si le terme « transsexualité » était relativement courant à l'époque, il n'est plus généralement utilisé aujourd'hui car il ne reconnaît pas la variété des vécus des transidentités.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 350 ; V. NAMASTE, *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*, Chicago, IL, University of Chicago Press, décembre 2000, pp. 4-5, disponible sur <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/I/bo3683192.html> (consulté le 10 juillet 2024).

renforcent mutuellement pour effacer les individus transgenres et donc, contribuent à la construction d'un système de soins dans lequel les individus transgenres sont perçus comme présentant une anomalie¹⁶⁶. Ils notent aussi que ces processus d'effacement s'opèrent différemment. Il peut s'agir d'un effacement « passif », lorsqu'il y a un manque de connaissances et d'informations sur les problématiques spécifiques aux personnes transgenres et la supposition que ces informations ne sont pas pertinentes ou importantes par exemple. Ou encore, ils parlent d'« effacement actif » pour désigner toute une série de réactions, de la part des professionnels et professionnelles ou institutions, partant d'un inconfort visible en passant par un refus de donner accès aux services ou aux soins jusqu'à la réaction violente dans le but de nuire ou d'intimider. Ensemble, ces effacements – qu'ils découlent d'une absence d'actions posées (comme le fait de se former à une problématique pour y répondre de manière adéquate) ou d'une action (comme une réaction inadéquate de la part de professionnelles ou professionnels) – érigent d'une part, des barrières systémiques à l'accès aux soins et finalement, participent à renforcer l'invisibilisation des individus trans et des personnes trans en tant que population.

L'invisibilisation informationnelle désigne le manque de connaissance, mais également l'idée selon laquelle de telles connaissances n'existent pas. Cela se remarque dans les cursus, les recherches, ou encore les manuels de cours qui sont appris ou disponibles pour la formation du personnel de santé. Concernant la recherche, de manière générale, la plupart des recherches ne considèrent pas les individus transgenres et plus encore, n'envisagent pas la possibilité que ces individus existent. La plupart du temps, l'équipe de recherche part du principe selon lequel l'ensemble des participants et participantes à une recherche (ainsi que leurs partenaires et familles) sont cisgenres et que leur sexe et genre ont été alignés tout au long de leur vie. Ainsi, les personnes transgenres ont été et sont systématiquement effacées : leurs expériences et leur subjectivité sont rendues invisibles. Plus encore, ce sont leurs corps qui ne sont pas reconnus. Par ailleurs, un effet que produit cette invisibilisation informationnelle, c'est l'impression qu'ont de nombreux individus transgenres de devoir informer et éduquer leur propre médecin ou prestataire de soin¹⁶⁷. Un autre obstacle à une prise en charge adéquate qui découle de cette invisibilisation consiste en l'idée qu'une telle patientèle est rare et au traitement des personnes transgenres comme des cas isolés. Cette tendance pose problème car il est difficile pour le personnel d'envisager la santé de cette population de manière communautaire plutôt que purement clinique, et de plus, il leur est difficile de reconnaître les patients et patientes transgenres s'ils ou elles ne correspondent pas au stéréotype particulier qui existe dans l'esprit du ou de la prestataire.

Le processus d'invisibilisation institutionnelle désigne le manque de politiques adaptées aux transidentités ou aux corps trans, y compris l'absence de conscience que ce type de politiques est même nécessaire. Par exemple, une personne trans peut être systématiquement et *a priori* exclue lors d'une procédure bureaucratique ou informatique. Ainsi, la désignation du sexe sur les documents de santé peut affecter les expériences des patients et patientes alors qu'ils et elles se font soigner. De plus, cette désignation pose également un problème dans la facturation des soins : effectivement, la facturation de certains soins est souvent assignée à un sexe particulier lors de la construction du système informatique. Ces systèmes sont fondés sur l'idée qu'il existe toujours une

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 348.

¹⁶⁷ G.R. BAUER *et al.*, « "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives" », *op. cit.*, p. 353.

concordance entre le sexe administratif d'une part, et des organes et parties du corps spécifiques d'autre part.

Plus généralement, d'un point de vue institutionnel, les transidentités sont régulièrement effacées par l'absence d'espaces sécurisés (et sécurisants) et inclusifs pour les personnes transgenres. Par exemple, certains soins ou encore les hospitalisations restent organisées autour d'une ségrégation sexuelle (espaces femme/homme séparés). Dès lors, les personnes transgenres sont souvent contraintes de « choisir » entre accéder aux services selon leur sexe de naissance ou renoncer complètement à ces soins et services¹⁶⁸. Cette forme d'effacement institutionnel se manifeste aussi au travers de pratiques qui excluent ou ignorent la possibilité d'effectuer des soins à ces personnes. D'ailleurs, un nombre important de patientes et de patients transgenres sont obligés d'être assez mobiles pour trouver un environnement de soins qui est accueillant ou, du moins, suffisamment tolérant pour qu'ils et elles se sentent pris en charge de manière adéquate¹⁶⁹.

Dès lors, comme le souligne Bauer *et al.* :

« Tous ces exemples d'effacement institutionnel sont imbriqués, avec des textes et des formulaires, des protocoles et des politiques, et des infrastructures institutionnelles qui supposent la 'cissexualité' et sont donc souvent inappropriés pour les identités trans, les corps trans et les vies trans. L'effacement des personnes trans dans les contextes institutionnels fonctionne avec l'effacement d'informations à partir de systèmes qui se renforcent mutuellement. »¹⁷⁰

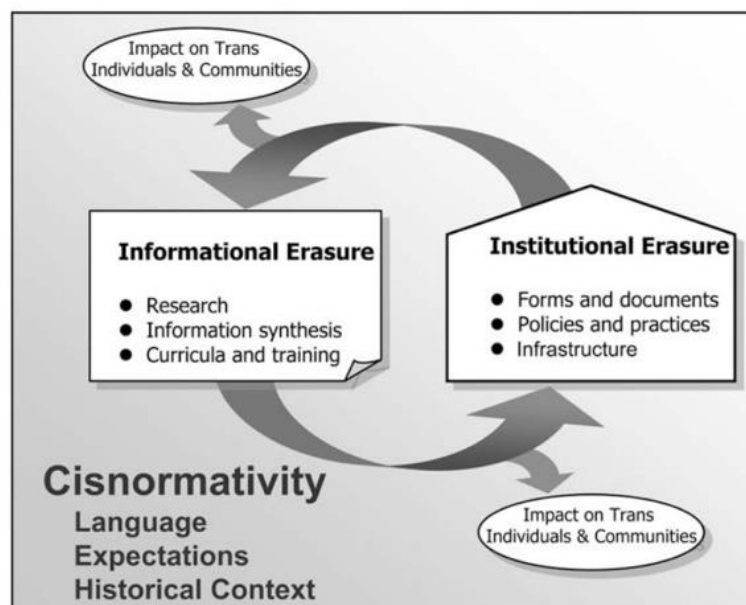


Figure 1. The impact of informational and institutional erasure of trans people within cisnormative systems.

G.R. BAUER *et al.*, « "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives" », *op. cit.*, p. 256.

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 355.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 355.

Par ailleurs, comme Serano l'expose, l'invisibilisation des personnes transgenres passe aussi par le langage¹⁷¹. Elle plaide notamment pour l'utilisation du terme « cisgenre » pour désigner les personnes non-trans de manière à attirer l'attention sur les privilèges et la légitimité habituellement donnée aux individus considérés comme « normaux ». Dès lors, « ce langage permet de comprendre non seulement que les personnes transgenres sont effacées par l'inertie sociale, mais aussi que cet effacement est nécessairement produit et entretenu par les privilèges et les hypothèses incarnées de nombreux chercheurs, cliniciens et décideurs politiques [cisgenres] »¹⁷².

Certains notent aussi que cette exclusion systématisée et institutionnalisée des personnes transgenres des systèmes de soins s'observe également dans le développement même des stratégies de promotion de la santé :

« [L]a promotion de la santé des personnes TGD [Transgenres et de genre divers] dépasse la question de l'évaluation diagnostique et de l'accompagnement de la transition (hormonothérapie, chirurgie, dermatologie...) ¹⁷³ et intéresse des domaines variés de la médecine comme l'accès aux soins courants, la promotion des santés mentale, sexuelle et reproductive et la réduction des risques addictologiques. En pratique, la concentration des investissements de santé dans des filières spécifiques, auto-qualifiées expertes, centrées autour de l'évaluation diagnostique et du contrôle des parcours de transition ¹⁷⁴, ainsi que des discriminations dans l'accès aux soins courants participent à une logique ségrégative des systèmes de santé contemporains, qui ne répondent pas, de fait, aux enjeux de santé des personnes TGD. »¹⁷⁵

La santé mentale des personnes LGBT

Dans une étude concernant les jeunes qui ont vécu une exclusion familiale et qui sont accueillis et hébergés dans un refuge en France, Louisin observe que « les conduites à risque observées chez les jeunes hébergés ont aussi un lien plus ou moins direct avec l'homophobie dont ils sont victimes, car cette dernière, qu'elle soit extérieure (rejet des autres) ou sociale (rejet de la société), entraîne une perte de repères due souvent à l'absence d'un référent positif »¹⁷⁶. D'un point de vue psychologique, l'impact de cette expérience sur les individus consiste souvent en « une perte de confiance en soi, en autrui et en l'avenir et une baisse de l'estime de soi plus ou moins forte selon le jeune et son histoire personnelle »¹⁷⁷. Des réactions comme un déni ou un rejet de soi (de son

¹⁷¹ J. SERANO, *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*, Berkeley, CA, Seal Press, 8 mars 2016.

¹⁷² G.R. BAUER *et al.*, « "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives" », *op. cit.*, p. 356.

¹⁷³ K. WYLIE *et al.*, « Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health », *The Lancet*, juillet 2016, vol. 388, n° 10042, pp. 401-411.

¹⁷⁴ S.L. REISNER *et al.*, « Global health burden and needs of transgender populations: a review », *Lancet (London, England)*, juillet 2016, vol. 388, n° 10042, pp. 412-436 ; K. WYLIE *et al.*, « Serving transgender people », *op. cit.* ; A. BALEIGE *et al.*, « Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France », *Transgender Health*, février 2022, vol. 7, n° 1, pp. 1-6 ; ZEGGAR, H et DAHAN, M., *Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme.*, Paris, Inspection générale des Affaires Sociales, 2011, p. 107, disponible sur https://www.adheos.org/fichierUploader/rapport_decembre_2011_IGAS_prise_en_charge_medicale_sociale_pers_onne_Trans.pdf (consulté le 15 juillet 2024).

¹⁷⁵ A. BALEIGE, M. GUERNUT et F. DENIS, « Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé », *op. cit.*, p. 198.

¹⁷⁶ A. LOUISIN, « L'expérience de la précarité vécue par des jeunes homosexuel(le)s en rupture familiale », *op. cit.*, p. 180.

¹⁷⁷ *Ibid.*

identité et de son homosexualité) peuvent aussi être observées auprès de certains individus. Dès lors, vu l'impact des discriminations à l'encontre des personnes transgenres sur leur santé (de manière directe ou indirecte), plusieurs prônent **la lutte contre les discriminations comme devant être un élément central de la promotion de la santé des personnes**¹⁷⁸. Notons par ailleurs que ces jeunes personnes sont souvent exposées à du harcèlement scolaire ou familial, ces violences accentuent alors leur sentiment de mal-être¹⁷⁹. « Ces sentiments de mal-être, de solitude, de souffrance liée au questionnement identitaire propre à l'adolescence peuvent [alors] engendrer des dépressions aboutissant à des tentatives de suicide et parfois à la mort »¹⁸⁰.

Plus généralement, beaucoup d'études montrent « **une prévalence élevée de troubles anxieux, ou dépressifs et d'idées suicidaires, et des consommations d'alcool et de drogues** »¹⁸¹ au sein des personnes qui s'identifient comme LGBTQIA+.

La fragilité en termes de santé mentale des personnes LGBTQIA+ a aussi été accentuée dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Comme le souligne Osborn, l'ensemble de la population a été contrainte à de longues périodes d'isolement social, ce qui a eu comme conséquence la détérioration de la santé mentale. De plus, beaucoup ont souffert de la perte de lieux communautaires où pouvaient se rassembler « en personne » auparavant les « membres de la communauté » LGBTQIA+¹⁸². Effectivement, comme le suggèrent Anderson et Knee, « un nombre important de loisirs *queer* populaires dépendent des possibilités de se rassembler et d'accéder à des espaces physiques particuliers »¹⁸³.

Comme nous l'avons déjà vu dans la section précédente, de nombreuses recherches mettent donc en exergue « les barrières individuelles et systémiques d'accès aux soins »¹⁸⁴. Concernant les personnes transgenres, il semble évident que l'organisation même des soins de santé ainsi que l'hégémonie du paradigme médical d'un alignement entre « sexe biologique – identité de genre – orientation sexuelle » construisent et perpétuent l'exclusion de ces personnes des soins de santé, au sens large. Cette violence institutionnelle contribue alors à la détérioration de leur état de santé mentale, qui est statistiquement déjà moins bon, rappelons-le, que celui de la population cisgenre hétéro.

¹⁷⁸ A. BALEIGE, M. GUERNUT et F. DENIS, « Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé », *op. cit.*

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 181. Sur la question scolaire, voyez aussi G. RICHARD, *Hétéro, l'école ? Plaidoyer pour une éducation anti-oppressive à la sexualité*, Montréal (Canada), Les éditions du remue-ménage, 2019 ; J. DAGORN et A. ALESSANDRIN, « La santé des élèves LGBTI », *L'école des parents*, 2018 ; B. NSINGI, V. RUFFIEUX, S. THOMAS, N. DECHANEZ (dir.), *Transgenre en milieux scolaires : rôle de l'infirmière scolaire. Comment l'infirmière peut-elle promouvoir la santé des jeunes transgenres en milieu scolaire ?* [Mémoire de bachelors], Fribourg (Suisse), Haute école de santé de Fribourg, 2019

¹⁸⁰ *Ibid.*

¹⁸¹ F. DENIS et E. RUSCH, « Santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre et politiques de santé », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, p. 7 ; I.H. MEYER et M.E. NORTHRIDGE (éds.), *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*, New York, NY, Springer, 15 décembre 2006.

¹⁸² M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*, p. 164.

¹⁸³ A.R. ANDERSON et E. KNEE, « Queer Isolation or Queering Isolation? Reflecting upon the Ramifications of COVID-19 on the Future of Queer Leisure Spaces », *Leisure Sciences*, mars 2021, vol. 43, n° 1-2, pp. 118-124.

¹⁸⁴ A. BALEIGE, M. GUERNUT et F. DENIS, « Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, p. 197.

Les parcours de soins en dehors du système institutionnel

Comme mentionné précédemment, les enjeux de santé des populations LGBTQIA+ ont historiquement été cadrés autour de la question du VIH et de la prévention principalement auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Ce cadrage public de l'information et de la prévention contre la transmission du virus a eu comme effet d'invisibiliser et d'oublier, dans les groupes ciblés par ces discours, certaines franges de la population LGBTQIA+ et particulièrement, les personnes transgenres. Dans ce sens, Bauer *et al.* suggèrent « [que] l'invisibilisation [informationnelle et institutionnelle des personnes transgenres] a des implications considérables pour celles et ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention, du traitement et de la prise en charge du VIH, où les hypothèses cisnormatives ont façonné les réponses à l'épidémie. Dans la plupart des pays occidentaux, les décisions de financement sont organisées en fonction de groupes à risque définis. Par exemple, les chercheurs ayant commencé à comprendre la complexité de la culture gay et du comportement sexuel des hommes homosexuels, des programmes de prévention et de soins ciblés et sophistiqués ont été mis au point. En revanche, on sait peu de choses sur les personnes transgenres, leur vulnérabilité au VIH, leurs relations et comportements sexuels, la manière dont les déterminants sociaux de la santé influencent le risque d'infection par le VIH et la manière dont la double stigmatisation des personnes transgenres et du VIH influe sur la divulgation de la séropositivité et de l'identité transgenre pour les personnes transgenres vivant avec le VIH »¹⁸⁵.

Par exemple, déjà en 2009, Bauer *et al.* relèvent le fait que « certaines personnes transgenres utilisent des hormones issues du marché noir ou partagent des aiguilles pour l'injection d'hormones, sans qu'elles-mêmes et les prestataires de soins ne savent grand-chose des risques de transmission associés à ces activités »¹⁸⁶. La marginalisation et la précarité des personnes transgenres sont donc importantes également dans le domaine de la santé et de la prévention contre la transmission du HIV ou de l'Hépatite C. D'ailleurs, cette marginalisation dépasse le seul aspect « préventif ». Comme l'ironisent certains, « il est peu probable que des médicaments antirétroviraux aient été testés sur des personnes transgenres, et le risque d'effets indésirables et de dommages n'est donc pas bien compris »¹⁸⁷.

D'après une recherche menée par Jaafar *et al.*, en France en 2021, « les pratiques relatives à l'observance des **hormonothérapies substitutives** chez les personnes trans sont peu étudiées. Pour une grande partie de ces personnes, l'hormonothérapie est administrée par voie parentérale. Or l'indisponibilité de certains traitements en France, associée à une prise en charge institutionnelle défaillante, éloigne les injecteur·rice·s du système de soin et favorise des pratiques d'injection potentiellement à risques »¹⁸⁸.

Ces chercheuses et chercheurs observent effectivement qu'une « proportion notable [d'injecteurs et d'injectrices] trans ne bénéficiait pas d'accompagnement professionnel, aussi bien pour l'obtention du traitement que pour réaliser l'injection. Cette situation peut mener à certains mésusages du matériel comme le partage ou la réutilisation de celui-ci, qui présentent des risques

¹⁸⁵ G.R. BAUER *et al.*, « "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives" », *op. cit.*, p. 357.

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 358.

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ S. JAAFAR *et al.*, « Hormonothérapie injectable et réduction des risques : pratiques, difficultés, santé des personnes trans en France », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, pp. 109-122.

non négligeables pour la santé »¹⁸⁹. De plus, comme **une partie de ces traitements hormonaux n'est pas accessible légalement** (en France, mais la situation semble similaire en Belgique comme nous l'observons dans l'analyse), certaines personnes se fournissent via des réseaux divers (internet, réseaux parallèles, etc.). Ce qui peut aussi comporter des risques lorsque la qualité de ces traitements n'est pas certifiée¹⁹⁰.

Comme le relèvent donc Jaafar *et al.*, bien que le « lien entre le matériel d'injection et contamination a clairement été établi dans d'autres domaines, la question des usages et des risques dans le cadre d'une hormonothérapie substitutive reste largement sous-explorée [et par ailleurs,] ce public est peu ciblé par les différentes campagnes de prévention et les politiques de santé publique qui concernent la réduction des risques et la transmission d'infections »¹⁹¹.

De cette recherche, il ressort également que si la pharmacie est un lieu privilégié pour l'achat du matériel d'injection par une partie importante des personnes interrogées, des enjeux peuvent se poser tant dans leur expérience en pharmacie que pour l'accès au matériel. Les participants et participantes font état entre autres de « refus de délivrance en pharmacie, d'absence du matériel adapté ou de ruptures de stock, de stigmatisation transphobe ou toxicophobe de la part du personnel, ou encore de manque de ressources financières pour accéder à ce matériel »¹⁹². Un autre élément interpellant qui ressort de cette recherche concerne l'accès à l'information sur ces traitements : pour la plupart des personnes interrogées, « les sources privilégiées lors de la recherche d'informations concernant l'hormonothérapie substitutive étaient les associations d'auto-support, les proches trans et [seulement en dernière position] des praticien·nes de santé »¹⁹³.

Enfin, un dernier enjeu entourant ce traitement concerne la question de l'administration même du traitement, c'est-à-dire l'injection intramusculaire. D'après Jaafar *et al.*, une partie importante du public consulté pratique l'auto-injection, ce qui n'est pas sans risques (notamment de blessures graves). Sont relevées comme raisons le fait que le « recours à l'auto-injection peut relever d'une préférence personnelle, la crainte de subir des actes discriminants ou encore une volonté d'autonomie vis-à-vis d'un traitement au long cours. [S'auto-injecter permet] aussi la simplification de la logistique, la sensation de participer au bon déroulement du traitement, baisse des dépenses liées aux soins »¹⁹⁴.

Un travail de prévention, d'information et de formation à l'auto-injection semble donc être plébiscité :

« Un bon accès au matériel est donc un facteur de réduction des pratiques à risques, de même qu'un travail de prévention, d'information et d'accompagnement spécifique au public trans, à destination des personnes concerné·e·s comme des praticien·nes qui les reçoivent. En effet, les personnes trans sont parfois confrontées, lors de leurs passages en pharmacie, à la stigmatisation liée à l'injection de produits psychoactifs. C'est un frein à l'accès au matériel d'injection (aiguilles, seringue, conteneur), mais aussi à l'information qui les concerne. Néanmoins, la prise en charge et l'élaboration de dispositifs de prévention

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 109.

¹⁹⁰ S. JAAFAR *et al.*, « Hormonothérapie injectable et réduction des risques », *op. cit.*

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 110.

¹⁹² *Ibid.*, p. 116.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 118.

¹⁹⁴ *Ibid.*

adaptés devraient se faire en collaboration prioritaire avec les interlocuteur·rice·s qui recueillent le plus l'adhésion des personnes trans : les associations d'auto-support et les proches trans. »¹⁹⁵

¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 119.

L'hormonothérapie substitutive

« La prise d'une hormonothérapie substitutive (HS), c'est-à-dire l'apport d'agents endocriniens exogènes dans le but de modifier les caractères sexuels, est une étape indispensable du parcours d'une majorité de personnes trans¹⁹⁶. Cette pratique médicale fait consensus parmi les diverses institutions liées à la prise en charge des personnes trans¹⁹⁷. Toutefois, les données sur les sujets relatifs à l'observance de l'HS et à l'éducation thérapeutique liée manquent, spécifiquement en France [...].

En ce qui concerne les HS féminisantes, il n'existe pas, dans la pharmacopée française, de spécialité injectable à base d'œstrogènes. Cela rend impossible la mise en place de monothérapies estrogéniques qui nécessitent de forts dosages qu'il est plus difficile d'obtenir avec des spécialités ayant d'autres formes galéniques¹⁹⁸. Confrontées à ce manque dans l'offre de soin, certaines femmes trans et personnes transféminines se procurent des solutions injectables à base d'estradiol sur internet ou via d'autres sources¹⁹⁹. Les HS féminisantes peuvent aussi se composer de progestatifs, et de traitements antigonadotropes injectables [...].

L'injection est donc un acte commun qui rythme le suivi de l'HS pour une partie non négligeable des personnes trans. La bonne observance de l'HS nécessite l'intervention régulière de professionnel·le·s de santé : l'endocrinologue qui assure le suivi et l'éducation thérapeutique de son ou sa patient·e, le ou la pharmacien·ne qui délivre le matériel d'injection et enfin l'infirmier·e qui réalise l'acte. Or de nombreux travaux et rapports font état de l'inhospitalité du système de santé pour les personnes trans²⁰⁰ [...].

Cette situation (parfois aggravée par d'autres facteurs socio-économiques) se traduit par un éloignement du système de santé et un renoncement aux soins, et engendre une perte de confiance vis-à-vis des différent·e·s acteur·rice·s du secteur de la santé²⁰¹. Tout cela n'est pas sans conséquences pour les personnes trans et leur état de santé »²⁰².

¹⁹⁶ GIAMI A, BEAUBATIE E. et LE BAIL J., *Caractéristiques socio-démographiques, identifications de genre, parcours de transition médico-psychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France, 2010*. | *cesp*, 2011, pp. 433-437, disponible sur <https://cesp.inserm.fr/en/publication/caract%C3%A9ristiques-socio-d%C3%A9mographiques-identifications-de-genre-parcours-de-transition> (consulté le 12 juillet 2024).

¹⁹⁷ HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, Saint Denis, 2010, p. 223, disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf (consulté le 12 juillet 2024) ; WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH), *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme*, East Dundee, Illinois (USA), World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2013, p. 130.

¹⁹⁸ ALY, « An Interactive Web Simulator for Estradiol Levels with Injectable Estradiol Esters », *Transfeminine Science*, juillet 2021, disponible sur <https://transfemscience.org/articles/injectable-e2-simulator-release/> (consulté le 12 juillet 2024).

¹⁹⁹ N. MEPHAM *et al.*, « People with gender dysphoria who self-prescribe cross-sex hormones: prevalence, sources, and side effects knowledge », *The Journal of Sexual Medicine*, décembre 2014, vol. 11, n° 12, pp. 2995-3001.

²⁰⁰ JAMES SE *et al.*, *The report of the 2015 U.S. transgender survey*, Washington, DC, National Center for Transgender Equality, 2016, p. 302, disponible sur <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf> (consulté le 12 juillet 2024) ; HAUT-COMMISSAIRE DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME., *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*, Genève, Nations unies, 2011, p. 28 ; HAUTE AUTORITE DE SANTÉ (HAS), *Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective*, Saint Denis, HAS, 2020, p. 217, disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf (consulté le 12 juillet 2024).

²⁰¹ A. GIAMI, E. BEAUBATIE et J. LE BAIL, *Caractéristiques socio-démographiques, identifications de genre, parcours de transition médico-psychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France, 2010*. | *cesp*, *op. cit.* ; HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective*, *op. cit.* ; A. ALESSANDRIN et K.

VI. REPARTITION DES COMPETENCES EN REGION WALLONNE

Dans ce chapitre, nous exposons synthétiquement les compétences de la Région wallonne en matière de logement, de politique de santé et de lutte contre les discriminations. Des notes explicatives plus complètes sont disponibles dans les annexes de ce rapport (cf. *infra*).

1. Le logement

La loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 attribue la compétence en matière de logement aux Régions²⁰³. Cette compétence comprend deux sous-dimensions.

D'une part, les Régions sont compétentes pour le « **logement et la police des habitations qui constituent un danger pour la propreté et la salubrité publiques** ». En application de cette compétence, la Région wallonne a adopté le **Code wallon de l'habitation durable**, abrégé CWDH. Parmi les politiques régionales mises en œuvre, il y a notamment :

- La définition de critères minimaux de **salubrité** et de critères de **surpeuplement** ;
- La mise en place d'outils de **lutte contre les logements inoccupés** ;
- Le développement d'une offre de **logements d'utilité publique** ;
- La création d'**aides au logement**, telles que l'allocation de déménagement et de loyer (A.D.E.L.) et l'aide à l'amélioration d'une habitation.

D'autre part, les Régions sont compétentes en matière de **bail d'habitation**. Cette compétence a été confiée aux Régions lors de la sixième réforme de l'État. La Région wallonne a adopté le décret du 15 mars 2018 relatif au bail d'habitation²⁰⁴, qui consacre les dispositions générales relatives au bail d'habitation, et instaure quatre régimes spécifiques (le bail étudiant, le bail glissant, le bail de colocation, les baux relatifs à la résidence principale du preneur). On signalera aussi l'instauration d'une **grille indicative des loyers**, dont la version applicable actuellement figure dans un arrêté du gouvernement wallon du 25 avril 2019²⁰⁵.

Enfin, précisons que les **maisons d'accueil, les maisons de vie communautaire, les abris de nuit et les maisons d'hébergement de type familial**²⁰⁶, qui sont réglées par le Code wallon de l'action sociale et de la santé (CWASS), ne relèvent pas à proprement parler de la politique du logement, mais bien de celle de l'aide sociale. La Communauté française²⁰⁷ a transféré l'exercice de la compétence en matière d'aide sociale à la Région wallonne en région de langue française, et à la COCOF en région bilingue de Bruxelles-Capitale.

ESPINEIRA, *Sociologie de la transphobie*, Genre, cultures et sociétés, Pessac, Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 2015, disponible sur <https://books.openedition.org/msha/4833> (consulté le 12 juillet 2024).

²⁰² S. JAAFAR *et al.*, « Hormonothérapie injectable et réduction des risques », *op. cit.*, p. 110.

²⁰³ Deux décrets ont transféré l'exercice de cette compétence à la Communauté germanophone sur le territoire de langue allemande.

²⁰⁴ *Moniteur belge*, 28 mars 2018.

²⁰⁵ Arrêté du gouvernement wallon du 25 avril 2019 instaurant une grille indicative des loyers en exécution de l'article 89 du décret du 15 mars 2018 relatif au bail d'habitation (*Moniteur belge*, 21 juin 2019).

²⁰⁶ Les « maisons d'hébergement de type familial » seront toutefois supprimées lors de l'entrée en vigueur de la réforme des milieux d'accueil (cf. *infra*).

²⁰⁷ La Communauté française a décidé, en mai 2011, d'adopter la dénomination de « Fédération Wallonie-Bruxelles » dans sa communication interne et externe. Ce nouveau nom n'ayant cependant pas la portée juridique que lui donnerait une révision de la Constitution allant dans le même sens, nous maintenons, dans le présent rapport, l'appellation constitutionnelle de Communauté française.

2. La santé

La politique de santé est une compétence attribuée aux Communautés. Mais une double difficulté doit être prise en considération. D'une part, de nombreuses exceptions sont prévues au profit de l'Autorité fédérale. D'autre part, la Communauté française a transféré l'exercice d'une partie de sa compétence en matière de politique de santé à la Région wallonne en région de langue française (et à la COCOF en région bilingue de Bruxelles-Capitale). Dès lors, la Région wallonne peut légiférer dans le domaine de la politique de santé.

Primo, la politique hospitalière régionale concerne les **hôpitaux non-universitaires**. Les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux font donc partie de la politique hospitalière régionale. À l'égard de ces hôpitaux, la Région wallonne est compétente pour la définition des normes d'agrément, ainsi que le **financement de l'infrastructure et des services médico-techniques**.

Secundo, la Région wallonne est compétente en matière de politique de **dispensation des soins de santé mentale** (dans les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée et les plateformes de soins de santé mentale), de politique de **dispensation de soins dans les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement**, et de politique de **dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées**. La politique de *long term care* (à l'exception des conventions de revalidation conclues avec les hôpitaux universitaires), ainsi que les dispositifs relatifs à l'organisation des soins de santé de première ligne et au soutien aux professions de première ligne (tels que le **Fonds Impulseo**) sont également gérés par la Région wallonne.

Tertio, la Région wallonne peut mener des **politiques d'éducation sanitaire et de médecine préventive** (à l'exception des « activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants » et des missions de l'ONE, lesquelles font toujours partie du champ d'action de la Communauté française).

Historiquement, les **centres de planning familial** ne relèvent pas de la politique santé. Ils font partie de la politique familiale²⁰⁸ – une sous-dimension de la politique d'aide aux personnes²⁰⁹. La Communauté française a transféré l'exercice de cette compétence à la Région wallonne (sur le territoire de langue française) et à la COCOF (sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale). En Région wallonne, les centres de planning familial sont donc réglés par le Livre III (consacré à l'Aide aux familles), Titre II du CWASS. Toutefois, les centres de planning familial ne se contentent pas de mener des actions relevant de la seule politique familiale : ils sont également actifs dans le domaine de l'éducation sanitaire et de la médecine préventive (cf. *infra*).

3. La lutte contre les discriminations

Dans leurs domaines de compétence, les entités fédérées se sont dotées de leurs propres législations de lutte contre les discriminations. La Région wallonne a adopté le **décret wallon** du 6 novembre 2008 **relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination**²¹⁰. Les critères suivants sont protégés par ce décret :

La nationalité, une prétendue race, la couleur de peau, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique, **le sexe**, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, la maternité, la paternité,

²⁰⁸ « II. En matière d'aide aux personnes : 1° La politique familiale en ce compris toutes les formes d'aide et d'assistance aux familles et aux enfants. [...] ». Article 4, § 1^{er}, II, 1° de la loi spéciale du 8 août 1980.

²⁰⁹ L'aide aux personnes est – tout comme la politique de santé – une des composantes des matières personnalisables.

²¹⁰ *Moniteur belge*, 19 décembre 2008.

la coparentalité, l'adoption, la procréation médicalement assistée, **la transition médicale ou sociale, l'identité de genre, l'expression de genre**, les responsabilités familiales, l'âge, **l'orientation sexuelle**, l'état civil, la composition de ménage²¹¹, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la conviction syndicale, la langue, l'état de santé, un handicap, une caractéristique physique ou génétique ou l'origine ou la condition sociales.

L'article 5 de ce décret wallon précise, quant à lui, les matières qui sont couvertes. Parmi celles-ci figurent :

- 1° la protection sociale, y compris les **soins de santé** ;
 - 2° les avantages sociaux ;
 - 3° l'accès et la fourniture des biens et services qui sont à la disposition du public indépendamment de la personne concernée et qui sont offerts en dehors de la sphère de la vie privée et familiale, ainsi qu'aux transactions qui se déroulent dans ce cadre, y compris en matière de **logement** ;
- [...]

Lorsqu'une personne est victime de discriminations, elle peut introduire un signalement auprès d'un des deux organismes pour l'égalité de traitement : **Unia** ou **l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes (IEFH)**²¹². L'IEFH est compétent pour le critère du **sexe** (mais aussi ceux de la grossesse, de la procréation médicalement assistée, de l'accouchement, de l'allaitement, de la maternité, des responsabilités familiales, de l'identité de genre, de l'expression de genre, des caractéristiques sexuelles²¹³ et de la transition médicale ou sociale), tandis qu'Unia est compétent pour le critère de l'orientation sexuelle.

En matière de politique du logement, la Région wallonne s'est dotée de deux outils préventifs pour lutter contre les discriminations (cf. *infra*) :

- La mise en place de **tests de discrimination** (test de situation ou test de client-mystère), depuis janvier 2024 ;
- L'élaboration d'une **liste exhaustive de données générales** qui peuvent être sollicitées par une bailleresse ou d'un bailleur auprès d'une candidate preneuse ou d'un candidat preneur.

²¹¹ Le critère « composition de ménage » est uniquement évoqué dans le décret wallon, et ne figure pas dans le corpus législatif fédéral de lutte contre les discriminations.

²¹² Il est également possible de se rendre à l'un des 11 Espaces Wallonie.

²¹³ Les « caractéristiques sexuelles » sont évoquées dans le corpus législatif fédéral (loi genre du 10 mai 2007), mais elles ne figurent pas dans la liste des critères protégés du décret wallon du 6 novembre 2008.

VII. ANALYSE EMPIRIQUE

1. Les profils et les parcours de vie des personnes rencontrées

Avant d'entamer la présentation de l'analyse, il semble nécessaire de situer les propos recueillis en présentant le point de vue à partir duquel les individus rencontrés s'expriment. Dans cette courte section, il s'agit donc d'être **transparent sur la « positionalité »**²¹⁴ des personnes rencontrées.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons rencontré, outre des professionnelles et professionnels de la santé et de l'accueil, onze personnes qui s'identifient comme personnes LGBT. Sur les onze personnes qui ont témoigné, quatre personnes sont des femmes transgenres (dont l'une dit vivre une « transidentité à temps partiel » car elle vit sa vie professionnelle au masculin) ; une s'identifie comme non-binaire et six sont des personnes cisgenres homosexuelles (avec une sous-représentation des femmes où seulement une personne s'identifie comme lesbienne et une autre personne comme pansexuelle). Parmi les personnes transgenres rencontrées, une est dans une relation homosexuelle, mais tend à se définir comme asexuelle, une se définit comme bi ou pansexuelle et deux autres ont plutôt des relations avec des femmes ou femmes trans. L'âge de ces personnes s'étend entre 22 ans et 63 ans. Parmi elles, une seule personne a vécu un parcours de migration. Cette personne vit actuellement en maison d'accueil et a fui son pays d'origine (nous ne savons pas si la raison de son départ est uniquement liée à son homosexualité et aux risques que présentait son orientation sexuelle dans son pays d'origine).

Plusieurs tendances, qui seront détaillées dans les sections d'analyse suivantes, sont observables dans ce public. D'une part, la plupart des personnes qui ont témoigné vivent une forme de précarité – ou ont déjà vécu des difficultés – en matière de logement. Seulement quatre personnes ont un logement stable, dont trois sont propriétaires de leur logement. Pour une de ces trois personnes, le fait d'être propriétaire de son logement ne l'empêche pas de vivre une certaine précarité. Enfin, la quatrième personne qui vit actuellement dans un logement stable est locataire d'un appartement. Elle souligne que ce facteur « stabilité » va de pair avec un emploi stable et donc, un revenu stable. Cela étant dit, cette personne a expérimenté une forte précarité en matière de logement par le passé. Son *coming out* et sa transition ont été un motif de rejet familial, étant toujours étudiante et sans aide financière, cela l'a forcée à vivre de manière précaire pendant plusieurs années.

Parmi les sept autres personnes, qui ne résident pas dans un logement stable, deux personnes vivent dans une maison d'accueil tandis que deux autres vivent chez des connaissances de manière temporaire, une vit toujours chez ses parents en attendant d'obtenir un emploi stable et deux (mère et fille) viennent de trouver un logement en location dans le parc privé, après plus d'un an de logement précaire chez une connaissance.

Du point de vue de la santé, la plupart des répondantes et répondants rapportent avoir vécu des difficultés dans leurs interactions avec le corps médical. Une majeure partie d'entre eux et elles font état de difficultés en termes de santé mentale, à différents moments de leur vie. Parmi les personnes transgenres, plusieurs font état d'une difficulté d'accès aux soins transaffirmatifs, que cela soit pour

²¹⁴ K.V.L. ENGLAND, « Getting Personal: Reflexivity, Positionality, and Feminist Research », *The Professional Geographer*, février 1994, vol. 46, n° 1, pp. 80-89.

des raisons de disponibilité et d'accès aux hormones ou des raisons financières pour accéder aux opérations et soins.

Parmi les personnes rencontrées, le moment du *coming out* et de la transition diffère. Une partie a fait son *coming out* et/ou sa transition après avoir eu une vie familiale et/ou des enfants (c'est le cas de quatre personnes, dont l'une d'entre elles n'a pas eu d'enfant). Parmi elles, certaines sont restées propriétaires de leur habitation et ont maintenu un emploi stable. Cela étant, cette stabilité n'est pas systématique et les parcours de vie diffèrent.

Plusieurs répondantes et répondants ont vécu une rupture familiale en raison de leur identité de genre (et volonté d'entamer une transition) et/ou de leur orientation sexuelle. Ces personnes ont plus souvent vécu (ou vivent toujours) des difficultés en matière de logement (dûes à une précarité d'emploi et donc, dûes à l'absence d'un revenu stable) et vivent une plus grande précarité en termes de santé mentale. Parmi celles et ceux qui ont opéré leur transition jeune ou qui ont fait leur *coming out* pendant l'adolescence, beaucoup ont rencontré des difficultés à terminer leur formation et rencontrent des difficultés à accéder à un emploi stable.

Si les parcours de vie diffèrent, ces témoignages, mis en perspective avec les propos recueillis auprès des professionnelles et professionnels de l'accueil ou de la santé, font état d'une situation où le fait d'appartenir à une minorité (en termes d'identité/d'expression de genre et/ou d'orientation sexuelle) peut avoir un effet sur l'accès au logement et aux soins comme nous l'exposons dans les sections qui suivent.

2. La précarité en matière de logement pour les personnes LGBT en Région wallonne

Dans cette partie, nous analysons les risques de précarité en matière de logement pour les personnes LGBT en Région wallonne. Après avoir présenté quelques observations générales, nous évoquons tout d'abord la **question de la rupture familiale**, ainsi qu'une de ses conséquences possibles : le sans-abrisme et le sans-chez-soirisme. Ensuite, il s'agit d'analyser **l'accueil des personnes LGBT au sein de structures d'accueil d'hébergement d'urgence**. Nous prenons en compte tant les structures généralistes d'accueil et d'hébergement – comme les abris de nuit et les maisons d'accueil – que les services consacrés spécifiquement aux personnes LGBT. Enfin, la thématique de **l'accès à un logement pérenne** est abordée. Nous revenons notamment sur le fait que les personnes LGBT sont couramment victimes de discriminations lorsqu'elles souhaitent prendre en location – ou acquérir – un logement.

Les observations générales

Durant cette recherche, nous avons rencontré de nombreuses personnes LGBT qui ont été victimes de discriminations durant les phases de recherche et d'occupation d'un logement, et/ou qui ont vécu dans une situation de sans-chez-soirisme (en maison d'accueil, chez des proches, etc.) (cf. *infra*). Toutefois, nous n'avons pas eu l'occasion de nous entretenir avec des personnes qui vivent dans la rue (*rooflessness*). Recueillir la parole de cette population *hard to reach* nécessite de mettre un dispositif méthodologique spécifique, qui semblait difficilement conciliable avec le temps court de cette recherche.

Au cours de notre recherche, nous avons également constaté que la littérature scientifique relative au risque de précarité des personnes LGBT en matière de logement – exposée dans le chapitre consacré à l'état de l'art – entrait régulièrement en résonance avec les réalités de terrain dont les acteurs nous ont fait part. Vivre chez des amis, des amies et des proches à la suite du départ ou de l'expulsion du domicile familial (*couchsurfing*), faire face au caractère cisnormé/hétéronormé des services généraux d'hébergement et d'accueil, être victime d'une rupture familiale et sociale à cause de la révélation de son identité de genre, de son expression de genre ou de son orientation sexuelle, tels sont des exemples de situations qui sont à la fois évoqués dans la littérature scientifique et dans les entretiens que nous avons menés. Nous reviendrons sur ces multiples parallèles dans la suite de notre exposé.

De la rupture familiale au sans-abrisme et au sans-chez-soirisme

Lors des entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de cette recherche, plusieurs personnes nous ont raconté qu'elles avaient vécu, durant leur jeunesse, des **conflits familiaux** relatifs à leur identité de genre, leur expression de genre, et/ou leur orientation sexuelle. Il n'est pas rare que ces tensions aient mené à une rupture familiale entre les parents et le ou la jeune s'identifiant comme LGBT : « Mais du coup, à la suite de cette engueulade, mon père m'a dit : "Ta transition, tu ne la fais pas ici. Tant que tu es chez moi, tu ne la fais pas." Et ça, c'était une invitation à me faire partir. J'ai fait ma valise, je suis partie » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Certaines personnes rencontrées ont fait état de conflits familiaux préexistants, qui ont été exacerbés par la révélation de l'identité de genre et/ou de l'orientation sexuelle – une trajectoire qui a d'ailleurs été documentée dans la littérature par Castellanos²¹⁵. Par exemple, Enzo, qui était battu dès le plus jeune âge, a subi une intensification des violences lorsque son père a appris qu'il était gay : « J'étais en grave dépression parce que je subissais toujours de la violence intrafamiliale. J'ai été battu pendant 21 ans, [...] j'étais étranglé, mis à terre. Je vous passe les détails. Mais parfois, j'ai été battu à sang aussi » (entretien du 7 juin 2024, périphérie liégeoise). Comme nous l'explique une travailleuse d'un refuge, il arrive couramment que la rupture familiale survienne dans un contexte marqué par l'addition de violences intrafamiliales subies dès l'enfance, et de conflits familiaux liés plus spécifiquement à l'identité de genre, l'expression de genre et/ou l'orientation sexuelle.

Lorsqu'une situation de rupture familiale survient, le risque de vivre une situation de sans-abrisme et de sans-chez-soirisme est important, d'autant plus si le ou la jeune ne dispose pas d'un emploi et d'un revenu stables, une situation qui – logiquement – concerne beaucoup d'adolescents et adolescentes et de jeunes adultes.

Avant d'évoquer cette question, apportons une précision importante : il convient de se détacher de l'image d'Épinal qui ferait nécessairement de la rupture familiale une situation où une ou un jeune est mis à la porte *manu militari*. Comme le note la Fédération Prisme, **une rupture familiale consiste également à « rendre invivable une situation pour que la personne parte d'elle-même »** (Prisme, *focus group* logement du 21 mai 2024, Namur). Durant la phase empirique de cette

²¹⁵ H.D. CASTELLANOS, « The Role of Institutional Placement, Family Conflict, and Homosexuality in Homelessness Pathways Among Latino LGBT Youth in New York City », *op. cit.*

recherche, nous avons été confrontés à de nombreux témoignages qui mentionnaient cette forme de rupture familiale :

« Donc moi, je suis partie de mon côté. J’ai claqué la porte. **Je ne voulais plus rester dans cette tension** » (entretien du 7 juin 2024, périphérie liégeoise) ; « [Les parents] invitent leur enfant à partir. Et quand l’enfant part, ils vont le reprocher à l’enfant. Ça ne se fait pas de jeter son enfant dehors. Et du coup, ils trouvent une stratégie [...], qui est d’être de plus en plus hostiles avec l’enfant jusqu’à ce que l’enfant parte... et puis qu’ils reprochent à l’enfant de ne plus aimer ses parents, alors que c’est eux qui ont montré l’hostilité. » (entretien du 17 mai 2024, Liège) ; « Mais en fait, d’avoir constamment des insultes ou des choses comme ça, ça pousse à se déloger soi-même » (RWDH, *focus group* logement du 21 mai 2024, Namur).

Il est dès lors important d’adopter une **conception large de cette notion de rupture familiale**, notamment lorsqu’une jeune personne est amenée à devoir prouver cette situation de rupture afin de pouvoir bénéficier du revenu d’intégration sociale (RIS) octroyé par les CPAS.

Comme nous venons de l’évoquer, la rupture familiale est une cause majeure de sans-abrisme et de sans-chez-soirisme chez les jeunes qui s’identifient comme LGBT. Rappelons qu’elles et ils sont surreprésentés parmi la population des jeunes sans-abris et sans-chez-soi²¹⁶.

Dans la revue de littérature – et notamment à travers la présentation de la typologie ETHOS²¹⁷ –, nous avons mis en évidence **la nécessité d’envisager le sans-abrisme comme n’étant pas uniquement restreint à l’expérience de la vie en rue (*rooflessness*)** : d’autres expériences et modes de vie – qui peuvent être regroupés sous l’appellation de sans-chez-soirisme – doivent être prises en considération (dormir dans une maison d’accueil ou dans un logement non-conventionnel, vivre chez des proches ou de la famille, etc.). Dans le cadre de notre recherche, une forme cachée de sans-chez-soirisme (*hidden homelessness*) requiert tout particulièrement notre attention : le *couchsurfing*. Ce terme désigne les personnes qui, par manque de logement, vivent temporairement chez des membres de la famille ou chez des amis ou amies. La majorité des personnes que nous avons rencontrées ont été confrontées à des épisodes de *couchsurfing* durant leur vie – souvent à la suite d’une rupture familiale.

Une série de problématiques relatives au *couchsurfing* peuvent être évoquées. D’une part, la possibilité d’être hébergée par des proches dépend du réseau personnel de connaissances dont bénéficie la personne concernée (« J’ai de la chance d’avoir des amis. Je pense qu’il y en a beaucoup dans ma situation qui n’ont pas cette chance d’avoir des amis chez qui ils peuvent habiter. Du coup, j’ai vécu plutôt longtemps chez eux. J’ai vécu trois mois, chez eux, je crois »²¹⁸, déclare Sambre). D’autre part, la période de *couchsurfing* est une situation précaire et temporaire, qui expose la personne concernée au stress permanent d’être expulsée (« Oui, mais [mon amie] me fait comprendre qu’il serait temps [que je parte]. Je ressens ça. Elle ne me le dit pas, mais elle me le dit par Messenger

²¹⁶ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different? », *op. cit.* ; D.A. QUILTY et M. NORRIS, « LGBTQI+ Youth Homelessness in Ireland », *op. cit.* ; S.R. CURRY *et al.*, « Youth Homelessness and Vulnerability », *op. cit.* ; M. ROSARIO, E.W. SCHRIMSHAW et J. HUNTER, « Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Implications for Subsequent Internalizing and Externalizing Symptoms », *op. cit.* ; D. LOLAI, « “You’re Going To Be Straight or You’re Not Going To Live Here”: Child Support for LGBT Homeless Youth », *op. cit.* ; B.N. COCHRAN *et al.*, « Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities », *op. cit.*

²¹⁷ FEANTSA, « ETHOS – European Typology of Homelessness and housing exclusion », *op. cit.*

²¹⁸ Entretien du 17 mai 2024, Liège.

« J'aimerais bien avoir ma tranquillité ». Gentiment, mais je sens son impatience. Mais si je ne l'avais pas, je serais à la rue [...]. Et je fais quoi ? »²¹⁹, rapporte Enzo).

Cette forme cachée de sans-chez-soirisme – qui passe souvent sous le radar des recensements et des études statistiques – est d'autant plus invisible que les personnes qui vivent dans une situation de *couchsurfing* ont tendance à ne pas se considérer elles-mêmes comme des personnes sans-chez-soi (« Je ne pense pas que [ces jeunes sans-chez-soi] se disent : « Je suis SDF. »²²⁰, explique Pierre). Cet élément avait déjà été mis en évidence par Quilty et Norris dans leur rapport sur le sans-abrisme et le sans-chez-soirisme des jeunes LGBTQI+ en Irlande²²¹.

Quelle que soit la forme de sans-abrisme ou de sans-chez-soirisme vécue, il est important de rappeler que la précarité au logement joue un rôle d'**effet boule-de-neige dans le développement d'autres formes de précarité**. On peut notamment penser à la question de l'absence d'adresse postale, qui constitue un frein à l'ouverture et à la conservation de ses droits sociaux. Face à cette situation, il existe la possibilité d'obtenir une adresse de référence²²², c'est-à-dire une adresse administrative pour les personnes qui ne disposent pas d'un logement fixe afin de leur permettre de conserver ou d'ouvrir des droits sociaux, de recevoir du courrier et d'obtenir une carte d'identité valable²²³. Bien qu'une circulaire récente vise à coordonner et harmoniser les « directives en matière d'adresse de référence pour les sans-abris »²²⁴, il n'en demeure pas moins que des acteurs du monde académique et de la société civile mettent en évidence une série de problématiques liées à la procédure d'octroi de cette adresse de référence – comme l'existence d'un haut taux de non-recours à la suite d'un refus²²⁵. Outre la question de l'adresse postale, il est important de rappeler que la précarité au logement peut aller de pair avec une dégradation de l'état de santé, mais aussi avec le développement d'assuétudes et/ou le recours au travail du sexe (lesquels constituent souvent des formes de *coping mechanism*²²⁶). Si nous n'avons pas eu l'occasion de nous entretenir directement avec des personnes qui ont eu recours au travail du sexe ou à l'usage de drogue et d'alcool lors d'une situation de sans-abrisme et de sans-chez-soirisme, nous renvoyons toutefois vers les travaux de Clatt *et. al.*²²⁷, Rosario, Schrimshaw, Hunter²²⁸, et Lankenau *et. al.*²²⁹.

²¹⁹ Entretien du 7 juin 2024, périphérie liégeoise.

²²⁰ Entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise.

²²¹ A. QUILTY et M. NORRIS, *op. cit.*

²²² Article 1, § 2 de la loi du 19 juillet 1991 relative aux registres de la population, aux cartes d'identité, aux cartes des étrangers et aux documents de séjour (*Moniteur belge*, 3 septembre 1991) ; Article 20, § 3 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif aux registres de la population et au registre des étrangers (*Moniteur belge*, 15 août 1992).

²²³ SPP INTEGRATION SOCIALE, *L'adresse de référence est peut-être une solution pour vous !*, Brochure, disponible à l'adresse suivante : https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/brochure_adresse_de_reference_0.pdf (consulté le 24 août 2024).

²²⁴ Circulaire du 7 juillet 2023 : coordination et actualisation des directives en matière d'adresse de référence pour les sans-abris, disponible à l'adresse suivante : https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/circulaire_adresse_de_reference_070723_2.pdf (consulté le 24 août 2024).

²²⁵ À ce sujet, voir notamment BAPN, *Priorités et attentes des personnes porteuses de vécu de pauvreté pour une politique européenne sociale forte : recommandations pour de meilleures politiques fédérales et européennes contre la précarité par le Réseau belge de lutte contre la pauvreté*, 2024 ; L. L. ROBBEN, A. PIERRE ET K. HERMANS, « 'Without an address, you do not exist': the administrative invisibility of people experiencing homelessness in Belgium. », *Citizenship Studies*, 27(5), pp. 566–583.

²²⁶ L. MCCARTHY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different ? », *op. cit.*

²²⁷ M. C. CLATTS *et. al.*, « Homelessness and drug abuse among young men who have sex with men in New York city », *op. cit.*

²²⁸ M. ROSARIO, E.W. SCHRIMSHAW et J. HUNTER, « Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth », *op. cit.*

²²⁹ S.E. LANKENAU *et al.*, « Street careers : homelessness, drug use, and sex work among young men who have sex with men (YSMS) », *op. cit.*

L'accueil d'urgence en Région wallonne

Les refuges LGBT

En Wallonie, il existe deux structures d'accueil qui proposent des hébergements d'urgence à destination des **jeunes issus de la communauté LGBTQIA+** : le Refuge Ihsane Jarfi (Liège) et le Refuge Arc-en-Ciel (Charleroi). Ces structures ont vocation à accueillir de jeunes personnes LGBT âgées de 18 à 25 ans qui sont « en rupture familiale et/ou sociale, victimes de violence(s) et/ou expulsées du domicile familial en raison de leur orientation sexuelle et/ou leur identité ou expression de genre »²³⁰. Comme nous l'expliquent deux travailleuses d'un refuge, la majorité des personnes qui font appel à leurs services ont vécu une situation temporaire de *couchsurfing* entre le moment de la rupture et l'arrivée au refuge : « Majoritairement, [ce sont] des personnes qui ont dormi au moins chez une connaissance avant de venir » (entretien du 27 mai 2024 avec un refuge).

Nous souhaitons mettre l'accent sur **quatre enjeux relatifs aux refuges**. *Primo*, il est nécessaire de mener une réflexion éclairée sur l'extension de la tranche d'âge « 18 ans – 25 ans », qui restreint l'étendue du public-cible pouvant être accueilli par un refuge. Pensons par exemple aux personnes mineures de 16-17 ans, un âge où il n'est pas rare qu'une rupture familiale survienne à la suite de conflits liés à l'orientation sexuelle, l'identité de genre et/ou l'expression de genre. *Secundo*, la dépendance aux subventions facultatives fragilise ce type de structures d'accueil : « Ça c'est vraiment dur parce que du coup, on est financé par le SPW, la FWB, la Ville...mais ce sont des financements et des subsides facultatifs, et donc c'est une demande annuelle, il y a toujours l'incertitude. Et tout le projet, tout se repose sur ça, sur cette incertitude d'un dossier qu'on doit rendre annuellement [...] on pourrait avoir du coup un financement sur plusieurs années, un financement pluriannuel qui nous permettrait de [nous] projeter. » (entretien du 27 mai 2024 avec un refuge). *Tertio*, les structures d'hébergement d'urgence spécifiques aux jeunes issus de la communauté LGBT souffrent d'un manque de visibilité auprès du public-cible (« On demande de débloquer des fonds aussi pour la communication, une communication plus large et faire connaître les services. »²³¹, explique une travailleuse d'un refuge). *Quarto*, les acteurs rencontrés mettent en évidence un problème quant au maillage territorial des refuges : en Wallonie, il n'y en a qu'un à Charleroi et un à Liège.

Les structures d'accueil généralistes

Dans le chapitre consacré à l'état de l'art, nous avons vu que les personnes LGBT ont tendance à éviter les structures d'accueil généralistes, qui constituent des lieux où différentes dominations peuvent être reproduites²³². Ce constat semble se vérifier sur le territoire wallon : **les services généralistes** – tels que **les abris de nuit et les maisons d'accueil** – ne sont souvent pas identifiés par les personnes LGBT comme constituant des lieux d'accueil *safe* et adaptés à leurs besoins.

Premièrement, l'organisation des services généralistes d'accueil et d'hébergement en Wallonie est empreinte du **paradigme de la binarité et de la cisnormativité**. Les personnes transgenres et les personnes non-binaires doivent être placées au sein de structures qui sont fondées sur la distinction « homme ou femme ». Les membres du personnel des services généralistes que nous avons

²³⁰ RELOGEAS, « Le Refuge Arc-en-Ciel Charleroi », *Site web de Relogeas*, disponible à l'adresse suivante : <https://www.relogeas.be/le-refuge-arc-en-ciel-charleroi> (consulté le 24 août 2024).

²³¹ Entretien du 27 mai 2024 avec un refuge.

²³² EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *op. cit.*

rencontrés ont témoigné de leur difficulté à gérer ces situations, et ont mis en avant le fait que la marge d'appréciation était laissée à la structure d'accueil.

« Le soir, ils doivent dormir dans les hébergements, les abris de nuit. Mais les abris de nuit, c'est cloisonné homme-femme. Et se pose la question, où est-ce qu'il faut les accueillir ? » (entretien du 10 juillet 2024 avec un service d'accueil) ; « On se posait parfois des questions, même par rapport à la règlementation de maisons d'accueil, vu qu'il est écrit femme, mais que sur sa carte d'identité, elle était toujours en tant qu'homme. La Région wallonne avait dit que c'était à l'appréciation de la direction » (entretien du 8 juillet 2024 avec une maison d'accueil).

L'organisation binaire de ces services s'étend même aux logiciels et à l'infrastructure informatique, ce qui conduit, en plus, à une invisibilisation statistique des personnes qui ne sont pas des personnes cisgenres et/ou qui s'identifient en dehors d'une répartition binaire des genres.

« Notre programme... nous, on a un programme Applesoft. Vous voyez, c'est un programme où on encode un petit peu toutes les personnes qui rentrent, qui sortent. Ça nous permet de calculer les nuitées, les statistiques. On ne sait même pas comment on peut. Soit on est homme, soit on est femme, sinon on est enfant, peu importe. Donc là, ce n'est même pas pensé. [...] On a dû la mettre comme femme alors qu'elle était encore, entre guillemets, homme. C'est ça qui est un peu... On est toujours sur le fil » (entretien du 8 juillet 2024 avec une maison d'accueil)

Deuxièmement, les services généralistes d'accueil et d'hébergement constituent souvent des lieux de violence pour les personnes LGBT, qui peuvent être victimes de **discriminations, d'agressions, de harcèlement** au sein même de la structure.

« Surtout pour les gens qui n'ont pas fini leur transition, c'est extrêmement compliqué. On en a beaucoup, le matin, qui reviennent en pleurant. [...] Alors, la dernière date, parce que c'était un homme au départ qui a fait le choix de changer de sexe. Il n'était pas, la transition n'était pas finie, l'apparence était là, le prénom était changé. Alors c'était très compliqué, vu son physique, sa morphologie qui était quand même assez frêle, je pense que l'hébergement l'a accueilli chez les dames. Mais ça ne se passait pas bien du tout. Il s'est retrouvé chez les hommes, ça ne se passait pas bien non plus, parce qu'elle a été plusieurs fois sujette à des agressions, en tout cas des tentatives. Et ça, ça a été extrêmement un problème chez nous, parce que jusqu'à présent, on n'a pas eu de solution » (entretien du 10 juillet 2024 avec un service d'accueil).

Face à cette crainte de violences, certains « jouent sur le *passing* », et modifient leur attitude (« Mais ça a souvent été, jusqu'à très peu, des endroits très masculins où on avait des retours de dames qui disaient : 'Mais moi je me masculinise parce que si je vais là je sais que je vais être violentée et qu'il y a des risques.' Alors j'ose imaginer pour le public qui nous concerne aujourd'hui, tous les à priori que ça doit représenter de devoir, à un moment donné, passer la porte de ce genre d'institution »²³³, déclare le RWLP). D'autres évitent tout simplement d'avoir recours à ces services généralistes d'accueil et d'hébergement. Rappelons d'ailleurs que, selon les travaux de Reidy et Barranco, les

²³³ RWLP, *focus group* logement du 21 mai 2024.

femmes transgenres et les personnes intersexes sont les groupes les plus susceptibles de dormir dans la rue ou dans l'espace public, parmi personnes LGBT²³⁴.

« Ça peut susciter de la violence aussi et ça peut susciter aussi le fait que certaines personnes qui sont dans le besoin, ou qui ont besoin de se loger dans l'urgence [...] n'accèdent plus aux abris parce qu'elles ont peur, parce qu'elles ne se sentent pas entendues, elles ne se sentent pas reconnues » (entretien du 8 juillet 2024 avec une maison d'accueil).

Dès lors, il serait judicieux de mener une réflexion éclairée quant à l'installation de chambres individuelles au sein des structures d'accueil et d'hébergement, afin d'éviter les solutions « bricolées » auxquelles les acteurs associatifs ont recours :

« Et la problématique des maisons d'accueil, les personnes qui ne veulent pas y aller par crainte de violences, crainte que ce ne soit pas adapté à leur situation, d'être jugé [...], ça arrive de plus en plus et elles sont confrontées à une impasse. On avait encore une situation jeudi dernier. Je ne sais pas combien d'appels on a passés [...]. La seule solution qu'on a trouvée, c'est de demander au CPAS sur fonds propres de pouvoir payer trois nuits dans une auberge de jeunesse, de manière que la personne puisse se sentir [bien]...au moins, elle avait un logement individuel et elle pouvait se poser » (RWLP, *focus group* logement du 21 mai 2024, Namur)

Troisièmement, le personnel de ces services généralistes nous a fait part de **leur manque de formation sur la question de l'accueil des personnes appartenant à la « communauté » LGBT**. La nécessité de former les services de première ligne fait écho aux travaux scientifiques de Moe, Sparkman, Sheriff *et al.*, et Osborn²³⁵.

« L'importance, en tout cas, c'est [...] de nous donner la possibilité de nous former. L'accueil, c'est bien, mais comment accompagner ? La prise en charge n'est quand même pas la même. Et ça, je vous avoue qu'on est complètement démunis par rapport à cette situation » (entretien du 8 juillet 2024 avec une maison d'accueil) ; « Moi, je suis un peu de la vieille école où je connais certains termes et par ma fille, je connais peut-être d'autres termes, mais j'aurais peut-être envie de savoir un peu les subtilités, pas les subtilités, mais les nuances. Ce n'est pas évident, on parle d'un truc et moi, je suis là, je me dis : je n'ai pas compris. C'est quoi de manière à... ? Où peut-on s'informer ? » (entretien du 8 juillet 2024 avec une maison d'accueil).

Il convient de prendre en compte la diversité du personnel de première ligne qui gravite autour du secteur de l'accueil et de l'hébergement lorsqu'il s'agit de déterminer le public-cible qui pourrait être amené à suivre ces formations.

« Je pense que, que ce soit une assistante sociale qui soit amenée, ou les éducateurs, c'est quand même bête de voir que dans leur cursus, ces éléments n'apparaissent pas du tout. Ils apprennent ça sur le terrain. Et encore. Oui. Pourtant, certains sont parfois lesbiennes et gays. Mais

²³⁴ A. REIDY et S.P. BARRANCO, *op. cit.*

²³⁵ J.L. MOE et N.M. SPARKMAN, « Assessing Service Providers at LGBTQ-Affirming Community Agencies on Their Perceptions of Training Needs and Barriers to Service », *op. cit.* ; N.S. SHERIFF *et al.*, « “What do you say to them?” investigating and supporting the needs of lesbian, gay, bisexual, trans, and questioning (LGBTQ) young people », *op. cit.* ; M. OSBORN, « LGBTQIA+ people's service access during the COVID-19 pandemic », *op. cit.*

demandez-leur de savoir ce que c'est « QIA » ? Ils ne savent pas... Alors bon. Alors, est-ce que tout le monde doit [connaître cela] ? Moi, je trouve que [...] dans les facteurs générateurs de ce genre de choses, c'est important que les gens qui travaillent dans ce milieu, avec ces populations, aient un minimum basique de connaissances. Et donc, là, le cursus, je pense que c'est important de le mettre dedans » (entretien du 10 juillet 2024 avec un service d'accueil).

Parallèlement, nous constatons que la **mise en réseau entre les services généralistes d'accueil et les acteurs du secteur associatif LGBTQIA+** (tels que les Maisons Arc-en-ciel) ou encore certains services de soins (maisons médicales, centre de dépistages, ou médecins spécialistes) est parcellaire. Les rares contacts existants entre ces structures prennent essentiellement la forme de partenariats ponctuels – développés grâce des contacts interpersonnels entre acteurs –, et ce en l'absence de tout cadre structurel.

Quelles perspectives ? La question de l'accès à un logement pérenne

Bien que le décret wallon du 6 novembre 2008 interdise de discriminer sur la base de critères protégés – parmi lesquels figurent l'orientation sexuelle, la transition médicale ou sociale, l'expression de genre et l'identité de genre (cf. *supra*) –, les personnes LGBT sont souvent **victimes de discriminations de la part des propriétaires, des bailleurs et des agences immobilières lorsqu'il s'agit de prendre en location ou d'acquérir un logement.**

« Et donc, les bruits s'effritent et ça arrive auprès des propriétaires. Moi j'ai eu le coup une fois « Ah, mais vu que ta maman elle est lesbienne et toi pan, tu te mets en ménage avec ta mère. » [...] Et puis, "Oh bah tu es LGBT, tu risques de foutre en guillemets le bordel dans la baraque, tu risques de déranger les voisins avec tes copinages", ou des trucs comme ça » (entretien du 8 juillet 2024, Liège).

Comme l'explique Unia, « même les agences immobilières, qui sont censées connaître la loi, font de l'injonction à discriminer. Les propriétaires leur disent "je ne veux pas ce type de personne, ce type de personne" et ils l'appliquent. Ou alors, ils mettent des fiches de renseignement de candidats locataires qui sont complètement lunaires. » (Unia, *focus group* logement du 21 mai 2024, Namur). Mentionnons également le fait que les discriminations peuvent également survenir durant la phase d'occupation du logement : « Les gens préfèrent accepter les discriminations, des insultes [...], ou des logements insalubres, plutôt que de risquer de se retrouver expulsés de leur logement. Donc le système de la plainte, il est difficile » (RWDH, *focus group* logement du 21 mai 2024, Namur).

Pour éviter d'être sujet à de telles discriminations, il n'est pas rare que les personnes LGBT « jouent sur le *passing* » (Prisme, *focus group* logement du 21 mai 2024, Namur), et cachent leur orientation sexuelle, leur identité de genre et/ou leur expression de genre.

« Ici j'ai eu un logement, mais je n'ai pas dit que je vivais en couple. J'ai tout caché pour qu'on puisse avoir un appartement. » (entretien du 8 juillet 2024, Liège) ; « Quand tu vas chercher un appartement, il vaut mieux ne pas dire que tu as un mec. Il vaut mieux juste dire "je suis en couple", ou non plutôt dire "non je ne suis pas en couple, je suis célibataire"...parce que si tu dis, et que ça te sort de la bouche... ah mon compagnon ou bien mon mec, c'est quelque chose de naturel, qui sort de façon très naturelle. » (entretien du 11 juillet 2024, périphérie liégeoise) ; « Au moment de la visite ou du moment où on

signe le contrat, ce n'est pas le moment où je vais mettre de mon boa de plumes à paillettes et ma combi d'Elton John » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons)

D'autres essayent, durant la visite d'un bien, de tester le caractère *LGBT-friendly* du potentiel futur propriétaire : « Je tâte un peu le terrain. Je pense qu'on a tous un peu des manières de le faire. On lance une petite réflexion, limite une demi-blague sur quelque chose : Pendant une visite, [je dis] : « Trop bien la télé du salon. Je vais pouvoir regarder Drag Race » et on scrute le visage de la personne pour voir s'il n'y a pas un truc » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons). Le réseau personnel de connaissances dont dispose un individu joue également un rôle-clé durant la phase de recherche d'un logement.

« Moi, c'est ce que j'ai observé aussi un petit peu, c'est qu'effectivement, c'est masqué peut-être dans le fait où il y a beaucoup de petits réseaux internes, etc. Il y a beaucoup de gens qui passent par des réseaux très internes et privés pour trouver, par exemple, des colloques et des logements. Il y a beaucoup de petits coups de main qui sont là, à gauche, à droite. [...]. Mais du coup, on passe souvent par les connaissances, les réseaux, les coups de main, les affaires. Je pense que ça, ça participe à l'invisibilisation » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons).

Pour lutter contre ces discriminations au logement, il existe un dispositif comportant des outils de prévention et des outils de sanction.

Sur le plan préventif, l'article 6 du décret du 15 mars 2018 relatif au bail d'habitation comporte **une liste d'informations que la bailleuse ou le bailleur peut solliciter auprès du candidat preneur ou de la candidate preneuse** en vue de procéder à la sélection et à la conclusion du contrat de bail (nom et prénom du ou des candidats preneurs ou candidates preneuses, un moyen de communication, son ou leur adresse, la date de naissance ou, le cas échéant, une preuve de la capacité à contracter, la composition de ménage, l'état civil si la personne est mariée ou en cohabitation légale, le montant de ses ou leurs ressources financières, et la preuve du paiement des trois derniers loyers)²³⁶. Nous nous devons d'exposer deux éléments relatifs à cette liste. D'une part, le décret ne précise pas le moment où ces données générales peuvent être sollicitées. La situation est quelque peu différente en Région de Bruxelles-Capitale : une ordonnance bruxelloise du 9 juin 2022²³⁷ a précisé qu'avant la visite du bien, seuls les nom, prénom et un moyen de communication peuvent être demandés à la personne candidate. À l'appui de la candidature, le montant de ses ressources financières ou son estimation, ainsi que le nombre de personnes qui composent le ménage peuvent être sollicités. Enfin, en vue de la rédaction et de la conclusion d'un contrat de bail, la bailleuse ou le bailleur peut demander tout document permettant d'attester l'identité et la capacité de contracter, ainsi que l'état civil de la ou du preneur marié ou cohabitant légal²³⁸. Il convient d'étudier l'opportunité d'importer une telle typologie dans le corpus législatif wallon en matière de bail. D'autre part, le SPW, Federia, l'IEFH et Unia ont élaboré un formulaire-type à la

²³⁶ Notons deux exceptions. D'une part, une autre donnée pourrait être sollicitée de la part de la bailleuse ou du bailleur si la demande poursuit une finalité légitime et si elle est justifiée par des motifs sérieux, proportionnés avec la finalité poursuivie. D'autre part, la liste des données générales de l'article 6 s'applique sans préjudice pour les opérateurs immobiliers de requérir les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions définies dans le Code wallon de l'habitation durable.

²³⁷ Ordonnance du 9 juin 2022 modifiant le Code bruxellois du Logement en matière d'égalité de traitement entre les femmes et les hommes et de lutte contre la discrimination (*Moniteur belge*, 20 septembre 2022).

²³⁸ Article 200ter du Code bruxellois du Logement.

disposition des bailleurs et des agents immobiliers en Région wallonne²³⁹. L'utilisation de ce formulaire n'est toutefois pas contraignante : nous appelons dès lors la Région wallonne à étudier la possibilité de le rendre obligatoire, afin de standardiser le processus d'obtention des données générales, et d'ainsi limiter le risque de discriminations.

Outre la liste de critères protégés, la Région wallonne a adopté un nouveau décret du 30 novembre 2023 visant à lutter contre la discrimination dans l'accès au logement²⁴⁰, qui crée « un cadre spécifique permettant la réalisation de **tests de discrimination** visant à lutter contre toutes formes de discrimination [...] », qui prennent la forme de test de situation ou de test du client-mystère (article 1er du décret). Vu la récence de ce dispositif, il n'est pas possible d'en évaluer l'efficacité à ce stade. La mise en œuvre d'un tel outil suscite toutefois l'interrogation des acteurs que nous avons rencontrés.

« Est-ce qu'ils enverront un couple de femmes ou un couple d'hommes faire des contrôles mystère ? On ne sait pas du tout, on ne sait pas encore comment ça va se mettre en pratique, parce que c'est vraiment tout récent. Donc là aussi ça va être, sur ce critère-là en tout cas, ça va être compliqué de prouver la discrimination. [Pour le critère] fortune, dire « bonjour, dire voilà je suis au chômage », voilà c'est assez simple aussi. Pour les autres critères, ça va être compliqué » (Unia, *focus group* logement du 21 mai 2024).

Quant au volet consacré au signalement, à la répression et à la sanction des discriminations, le recours aux droits n'est pas aisé. Il est en effet difficile de prouver l'existence d'une discrimination.

« J'en ai eu un l'année dernière où il y avait un comportement déplacé d'un propriétaire [...] On n'avait rien quoi, on n'avait pas de preuves, que les propos avaient été tenus, etc. J'ai quand même envoyé un courrier au propriétaire, mais bon, le propriétaire a dit : « Ben non, je n'ai jamais dit ça. » Voilà, t'en restes au point mort. » (Unia, *focus group* logement du 21 mai 2024) ; « Si on me refuse un logement, est-ce que c'est à cause de ça ou c'est autre chose ? Ou est-ce qu'il y a quelqu'un qui avait un meilleur profil ? Nous, on ne va jamais savoir. De toute façon, même si on demande, personne ne va nous dire : Oui, c'est parce que tu es [homosexuel]. Non, il peut y avoir des gens comme ça, mais c'est rare, c'est 1 % des gens. Comme la discrimination, elle est toujours un peu cachée, limite, on devient parano malgré nous. On sait qu'on devrait s'accepter et tout ça, mais [on se dit] : Bon, j'essaie de mettre toutes les chances de mon côté » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons)

De façon plus générale, il est important d'étudier la problématique de la lutte contre les discriminations encourues par les personnes LGBT en matière de logement en prenant en compte **la crise globale du logement**. En effet, le décalage entre l'offre et la demande sur le marché du logement constitue un des facteurs qui rend possible la discrimination : « On dit souvent que comme le marché est très tendu – voire il est saturé en matière de droits au logement – ça laisse l'opportunité aux propriétaires bailleurs de discriminer. Parce que comme ils vont avoir 20 candidatures, ils vont pouvoir choisir la personne qu'ils souhaitent le plus y voir. Donc, il va y avoir des discriminations de plusieurs types. Je pense que cette saturation du marché, elle provoque

²³⁹ UNIA, « Logement : un nouveau formulaire-type pour sélectionner les locataires sans discriminer en Wallonie », *Site web d'Unia*, 15 décembre 2021, disponible à l'adresse suivante : <https://www.Unia.be/fr/articles/logement-nouveau-formulaire-type-wallonie> (consulté le 26 août 2024).

²⁴⁰ *Moniteur belge*, 22 décembre 2023.

plus de discriminations, parce que les propriétaires bailleurs ont plus de choix, [de] avec qui ils vont signer. » (RWDH, *focus group* logement du 21 mai 2024). En plus de cela, l'absence d'encadrement (contraignant) des loyers²⁴¹ touche principalement les populations qui vivent en situation de précarité de logement – populations au sein desquelles les personnes LGBT sont surreprésentées, selon la littérature scientifique²⁴².

« Encadrer [...] l'accès aux besoins de première nécessité : ça aura des répercussions bénéfiques sur les personnes âgées, sur les personnes âgées LGBT, sur toutes les catégories de la population discriminées. » (RWDH, *focus group* logement du 21 mai 2024, Namur)

3. La précarité en matière de santé pour les personnes LGBT en Région wallonne

Cette partie de l'analyse porte sur la question de la précarité en matière de santé pour les personnes LGBT en Région wallonne. Après l'énonciation de deux observations générales, nous approfondissons le propos en étudiant les différentes barrières à l'accès aux soins pour les personnes LGBT en Wallonie. Notre analyse se décline autour de **quatre dimensions précises : l'accessibilité informationnelle, la cisnormativité légale et institutionnelle, l'accessibilité physique**, et enfin, **l'accessibilité financière**. Dans un second temps, nous nous intéressons alors aux effets de ces barrières sur les individus, qu'il s'agisse du renoncement aux soins ou de la mise en place de stratégies « alternatives ».

Les observations générales

Avant d'entrer en profondeur dans l'analyse des barrières qui font obstacles à l'accès aux soins pour les personnes LGBT en Région wallonne, il semble utile de revenir sur deux constats.

Premièrement, il apparaît que les personnes LGBT sont sujettes, en matière de santé, à une double fragilité. D'une part, ces personnes présentent un moins bon état de santé général, et d'autre part, elles sont moins bien prises en charge par les services de soins. De plus, comme le souligne un médecin généraliste, ces deux éléments se renforcent mutuellement :

« [I]l y a un ensemble de facteurs qui vont concourir à un moins bon état de santé que la population générale [...]. Et en même temps, une fois qu'il y a ces problèmes-là qui sont instaurés ou qui sont en train de s'instaurer, il y a une difficulté accrue à accéder à des soins de qualité, dû à la fois à un manque de formation et un manque de compétences à la fois culturelles et médicales. Et donc, pour moi, ce profil de fragilité, il va être double. D'une part, on va être en moins bon état que la moyenne, et d'autre part, on aura moins de possibilités de prise en charge que la moyenne et ça se renforce assez fort » (médecin généraliste, *focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

En cela, la situation en Région wallonne ne diffère guère de ce que nous avons pu lire dans la littérature.

Deuxièmement, la cisnormativité et l'hétéronormativité de l'ensemble du système de soins de santé – telles que décrites dans la littérature internationale – s'observent également en Région wallonne. Notre analyse suggère effectivement, dans la lignée des conclusions de Paine, que l'institution

²⁴¹ En Région wallonne, il n'existe qu'une grille *indicative* des loyers.

²⁴² L. MCCARTY et S. PARR, « Is LGBT homelessness different ? », *op. cit.*

médicale participe, en tant qu'institution sociale, à la construction, à la production et au maintien des catégories binaires « masculin » ou « féminin »²⁴³. Pour rappel, la norme médicale dominante repose sur l'idée qu'il existe une concordance entre le sexe assigné à la naissance, l'identité de genre, l'expression de genre et l'orientation sexuelle. Ce schéma d'alignement entre « sexe/genre/orientation » est au cœur de la construction et de l'organisation des soins de santé et de leurs services²⁴⁴. Par conséquent, comme nous l'exposons dans les sections suivantes, ce paradigme dominant est constitutif de diverses formes d'exclusion dans l'accès aux soins de personnes dont le corps ou la sexualité ne s'inscrivent pas dans cette norme dominante.

L'accès aux soins

« Parce que je sais que par le passé, j'ai eu pas mal de retour d'expérience où une personne qui était en transition de genre s'est fait refuser la consultation parce que le médecin ne voulait pas avoir ce type de personne dans son cabinet [...] Il y a surtout une discrimination qui est un peu déguisée derrière une méconnaissance du sujet » (entretien du 13 juin 2024, après-midi, Hainaut).

Selon les personnes concernées rencontrées et les professionnelles et professionnels de la santé, plusieurs freins font obstacles à l'accès aux soins des personnes LGBT en Région wallonne. Quatre éléments principaux ressortent de l'analyse : l'accessibilité des informations ; les conséquences légales et institutionnelles de la cisnormativité du système des soins de santé ; l'accessibilité physique des soins et finalement, leur accessibilité financière. Ces quatre dimensions principales sont développées en détails dans cette section.

L'accessibilité des informations

Un premier frein concerne l'accessibilité des informations. Cet obstacle dans l'accès aux soins se décline en plusieurs dimensions. Premièrement, il existe une **disparité dans les informations médicales connues et disponibles**, en fonction des différentes « communautés » qui composent la population LGBT. Deuxièmement, on observe, chez le personnel du secteur médical, un important **déficit informationnel** sur la thématique de la santé des personnes LGBT. Troisièmement et par conséquent, à cause de la mésinformation et de la désinformation du corps médical, **la charge informationnelle repose alors sur le ou la patiente LGBT**. Face à ces constats, les individus mettent en place des stratégies de débrouille pour s'informer. Différentes organisations militantes et associations du secteur plaident alors pour la mise en œuvre de solutions institutionnelles pour pallier cette absence d'informations adéquates.

Une disparité dans l'information disponible, selon les « communautés » de la population LGBT

Tout d'abord, il arrive que des fausses croyances (sur les pratiques sexuelles, par exemple) – qui circulent tant au sein des communautés que dans le secteur professionnel de la santé – aboutissent à la non-conceptualisation d'un besoin de santé, et constituent dès lors un blocage préalable à la prise en charge des individus au sein du système de soins. Ce phénomène s'observe notamment lorsque l'on s'intéresse à la santé sexuelle des personnes lesbiennes et bisexuelles : la sexualité de ces personnes reste peu pensée comme nécessitant un suivi, par exemple en matière de dépistage

²⁴³ P.Y. MARTIN, « Gender as Social Institution », *op. cit.* ; E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

²⁴⁴ E.A. PAINE, « Embodied disruption », *op. cit.*

d'infections sexuellement transmissibles. Notons que cette méconnaissance s'observe de façon générale dans notre société, et touche tant le corps médical que – parfois – les personnes concernées elles-mêmes. Comme l'explique un médecin généraliste :

« [L]'accès aux soins va être vraiment bloqué dans ces toutes premières étapes, puisqu'on ne conceptualise même pas qu'il y a un besoin de santé » (médecin généraliste, *focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Certains parlent alors de « déni de mauvaise santé » dans la communauté pour désigner cette situation (Prisme, *focus group* Santé, 28 mai 2024, Namur). En cela, l'approche VIH-centrée sur les personnes HSH semble encore prévaloir dans le dépistage et/ou le suivi de la santé sexuelle des personnes. Pour pallier ces problèmes d'invisibilisation et d'absence de prise en charge adéquate de l'ensemble des sexualités, des campagnes de prévention ont progressivement été mises en place à l'attention des personnes lesbiennes, notamment par l'ASBL SIDA'SOS (désormais O'YES) en partenariat avec diverses organisations. Le projet le plus récent à ce sujet est intitulé « Go to Gynéco ! ». Il a émergé, à partir du constat selon lequel « de nombreux stéréotypes et préjugés liés aux sexualités et aux genres aboutissent à un taux de consultations gynécologiques très bas au sein des communautés [lesbiennes, bies &co] »²⁴⁵. La non-conceptualisation du problème de santé, tant par le public concerné que par le corps médical, constitue donc une première dimension de l'accessibilité informationnelle.

Un autre élément régulièrement évoqué concerne l'absence d'information claire, adéquate et détaillée sur le processus à suivre pour une personne qui souhaiterait entamer une transition :

« Chez les trans, où on va vraiment plus avoir une question de "Ok, j'ai envie d'entamer une transition, je n'ai aucune foutue idée de à quoi ressemble le paysage de soins en Belgique francophone, je n'ai aucune foutue idée de vers où je vais aller," [...] Donc ça, c'est vraiment une grande difficulté » (médecin généraliste, *focus group* santé, 28 mai 2024, Namur).

Les personnes trans expriment alors glaner de l'information dans différents milieux (communauté, forum sur internet, ou au « petit bonheur la chance » en fonction des médecins rencontrés) : « C'est-à-dire que je sais qu'il faudra toujours d'abord passer par un groupe comme le nôtre [un groupe de soutien], parce que si on va juste voir des médecins au hasard, on risque d'avoir de sales expériences, voir des choses qui sont contre-productives » (entretien 17 mai 2024, Liège). Ou encore : « Là, on me demande des infos sur les opérations de changement de voix, des opérations génitales. Clairement, je suis bloquée. Donc, je repars vers [nom d'un médecin avec qui elle collabore], je repars vers Genres Pluriels. » (entretien Planning familial, 4 juin 2024, Périphérie liégeoise). Parfois, les personnes trouvent après avoir vécu plusieurs années d'errance médicale. Une personne témoigne avoir reporté sa transition, faute d'informations de la part du corps médical qui assurait sa prise en charge. Finalement, elle a trouvé l'information en effectuant ses recherches seule :

« Une dernière fois [j'ai essayé] juste de taper [dans un moteur de recherche] : transition, Belgique, processus. Et un peu par chance, et ce n'était même pas le premier résultat, je suis tombé sur le site de la Maison d'Arc-en-ciel du Luxembourg [...] et je trouve qu'elle fait vraiment une grande aide à la communauté, notamment grâce à son idée de site web qui expliquait ce qu'il fallait faire » (entretien 17 mai 2024, Liège).

²⁴⁵ *Go To Gynéco*, disponible à l'adresse suivante : <https://gotogyneco.be/projet/> (consulté le 16 août 2024)

Un autre professionnel de la santé rappelle alors l'importance de rendre cette information disponible afin de rendre plus accessible les services de soins adéquats directement aux personnes concernées.

Dans cette section, les éléments abordés illustrent les obstacles qui se situent en amont du parcours de soins : par manque d'informations pour les personnes transgenres et par manque de conceptualisation d'un besoin de soins pour les personnes bisexuelles et lesbiennes. La section suivante porte sur la désinformation du corps médical. Ces deux aspects se distinguent et doivent être résolus séparément.

Un important déficit informationnel des institutions et du secteur médical

De manière transversale, lors de nombreuses rencontres (tant avec les personnes concernées qu'avec les organisations de terrain), **le manque de formation adéquate, suffisante et continue du corps médical sur les questions liées à la santé des personnes LGBT** est régulièrement relevé.

Cette désinformation du corps médical favorise différentes conduites problématiques qui peuvent présenter des risques pour la santé des personnes concernées. Par exemple, un médecin explique « pour les gays, ça va être une question dépistage, des questions de voilà, est-ce que le médecin que je suis allé voir est au courant qu'il faut faire un frottis en trois sites pour dépister chlamydia gonorrhée, oui, non ? » (médecin généraliste, *focus group* santé du 28 mai 2024, Namur). Une autre personne explique que selon elle :

« [I]l y a aussi un problème supplémentaire lié à la spécificité de ces questions et à leur absence de connaissances de ces réalités-là, que ce soit sur le plan du vécu des patients, mais également sur le plan de ce qui est mis en place en termes de mesures de prévention d'une manière générale pour un fragment spécifique de la société. [...] De toute façon, sur la santé des gays, si les médecins ne sont pas gays eux-mêmes, ils n'y connaissent absolument rien sur les enjeux liés à nos pratiques ou à la spécificité de... Ça, c'est vraiment problématique aussi. Ils ne sont absolument pas formés » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

D'ailleurs, de cette désinformation des médecins résulte le sentiment d'être peu soutenu ou compris par le corps médical. Par exemple, sur la question de la prévention contre le SIDA, quelqu'un affirme « [...] je me suis à aucun moment senti vraiment soutenu par la première ligne médicale sur cette question-là...soutenu ou entièrement compris » (entretien le 24 mai 2024, Périphérie Liégeoise).

L'absence de formation et l'incapacité d'une importante partie du corps médical à répondre de manière adéquate aux besoins et attentes de leur patientèle s'étend aussi au personnel d'autres structures comme les centres de Planning Familial par exemple. Ainsi, une travailleuse d'un Planning explique être démunie et avoir tenté d'amener ses collègues à se former pour pouvoir effectivement accueillir tout le monde : « C'est aussi le manque de formation des professionnels sur le terrain par rapport à ces publics-là...Qui, du coup, n'ont pas non plus un discours adapté, au-delà de l'inclusivité, parce qu'on ne sait pas toujours quoi répondre non plus, puisqu'on n'est pas toujours formé. » (entretien du 4 juin 2024, périphérie liégeoise).

De même, elle explique être interpellée par certains médecins qui refusent simplement de prendre en charge certaines personnes sous prétexte qu'ils ou elles ne « savent pas » ou que c'est « trop

compliqué » ou alors parce qu'ils ou elles considèrent que « [...] ce n'est qu'un petit pourcentage » (entretien du 4 juin 2024, périphérie liégeoise). La question de la présence ou non d'un grand pourcentage de personnes LGBT au sein de la patientèle serait alors parfois évoquée par des médecins pour justifier la non-nécessité de se former spécifiquement à l'accueil et à la prise en charge des soins de santé spécifiques aux personnes LGBT. Pourtant, comme certains l'ont dénoncé, cet argument est problématique à deux égards : premièrement, l'absence *visible* de personnes LGBT parmi la patientèle ne signifie pas qu'il n'y a pas de personnes LGBT dans la patientèle d'un ou une médecin. Deuxièmement, en refusant de se former et de prendre en charge de manière adéquate l'ensemble de leur patientèle, ces médecins perpétuent le paradigme médical cis- et hétéronormatif, et érigent effectivement une barrière dans l'accès aux soins des personnes LGBT : ces dernières évitent de se rendre dans des institutions de santé, et sont dès lors invisibilisées (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Au-delà de l'absence d'informations, **certaines préjugés et stéréotypes sont toujours véhiculés au sein du corps médical**, ce qui peut mener à des comportements discriminants dans le chef du corps médical vis-à-vis des personnes LGBT, ou encore, au renoncement aux soins par des personnes LGBT qui ne se sentent pas comprises ou entendues par le corps médical. Face à ces discriminations, une représentante d'Unia explique qu'il est très compliqué d'agir ou de faire suite à une plainte dans ces contextes. Effectivement, faute de moyens de preuve, l'agence est souvent obligée de renvoyer les plaintes vers les services de médiation des institutions concernées (par exemple, en cas de discrimination subie dans le milieu hospitalier) (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur). Par ailleurs, d'autres expliquent que le corps médical véhicule (parfois involontairement) des propos qui sont ancrés dans le paradigme dominant hétéro et cisnormatif. Si ces propos sont involontaires ou non conscientisés, ils ne sont pas sans effet sur la patientèle LGBT qui se sent alors jugée par le corps médical (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Concernant l'accessibilité des informations pour le public, plusieurs mentionnent la complexité du système de remboursement des soins et la difficulté d'accéder à ces informations (soit en se renseignant soi-même, soit en posant la question à sa mutuelle). Par exemple, Sambre fait état de l'errance administrative qu'elle a vécue lorsqu'elle s'est informée – « après avoir fouillé le site de l'INAMI » – auprès de sa mutuelle sur les remboursements possibles pour une opération de la poitrine, en tant que personne trans. Selon elle, la difficulté à trouver l'information est très décourageante et peut avoir des vraies répercussions financières. Nous reviendrons sur la complexité des remboursements et sur l'accessibilité financière des soins de santé qui en découle dans une section suivante.

La charge informationnelle qui incombe à la patientèle

Faute d'accès à une information claire de la part du corps médical, **une partie importante de la charge informationnelle incombe aux patientes et aux patients eux-mêmes**. Les personnes LGBT sont souvent au cœur de leur prise en charge médicale, comme l'illustrent les propos suivants :

« Sur mon rapport à la santé, je suis assez informé, donc je sais ce que je dois faire, mais c'est ça qui m'embête en général, c'est que c'est moi qui dois chercher les infos et pas mon médecin. [...] [Sur la prévention contre le VIH] il a fait ce que je lui ai demandé. Il s'est renseigné. Il y a une assistante sociale dans la maison médicale qui lui a donné des infos sur quels centres existent, à Namur ou à Liège, parce que je suis dans les deux villes. Cela s'est

un peu arrêté à ça, de manière concrète. Je n'ai pas eu d'infos très précises sur les conditions, sur comment ça se passe. Je pense qu'il a délégué » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

Parfois, il arrive que les personnes écoutent leur médecin, mais sans pouvoir leur faire pleinement confiance car elles se rendent compte que la ou le médecin n'est pas toujours suffisamment formé pour leur prise en charge : « mais je sens bien que je suis en dehors de ses compétences. Il y a des trucs qui sont sous le radar pour lui. Ça, c'est quand même un peu embêtant de se dire que je vais aller chez mon médecin, mais je ne suis pas sûr qu'il aura toutes les réponses. Donc, de nouveau, la charge mentale est la charge de trouver les ressources sur le patient, ce qui n'est pas du tout normal » (entretien 24 mai 2024, Périphérie liégeoise). Dans le même ordre d'idée, Sambre témoigne sur la difficulté d'accéder à des informations fiables dans le cadre d'une transition de genre : « Il faut qu'on garde vraiment un esprit critique, sauf que quand on va voir un médecin, c'est qu'on est au début et du coup, on ne sait pas et on a envie de croire nos médecins. [...] moi, je n'avais pas assez d'œstrogènes et je ne le savais pas avant un an de transition. Donc, j'avais vécu un an de transition où j'avais l'impression que ça stagnait » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Par ailleurs, beaucoup rapportent avoir dû informer et éduquer leur propre médecin, après avoir effectué des recherches, pour être pris en charge de manière adéquate. Par exemple, Sambre explique :

« J'ai dû énormément me renseigner sur c'est quoi les bons niveaux hormonaux, qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'il faut surveiller, comment ça marche. Ça m'arrive d'éduquer mes médecins. Les médecins généralistes ne sont pas forcément éduqués sur cette question-là » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Pour faire face à ce déficit d'informations, les personnes développent **leur propre réseau d'informations**. Elles s'organisent parfois en associations et militent pour sensibiliser le corps médical à leurs problématiques de santé, mais aussi pour pouvoir s'entre-aider entre personnes concernées, en se partageant les recherches et les informations qu'elles ont en leur possession. Toutefois, l'accès à ces groupes n'est pas toujours aisé. Une autre personne explique notamment vouloir entamer une transition et connaître l'existence de groupes de parole sur cette question, mais éprouver des difficultés à y accéder :

« Je trouve que l'information reste difficile à trouver en dehors du milieu LGBT, mais il y a des groupes de parole très spécifiques qui sont là pour ça. [...]. Ce n'est pas ouvert au public, ce genre de discussion, dans le sens où on ne fait pas rentrer n'importe qui dans un cercle de parole. Et même moi, par exemple, qui suis un LGBT, qui n'habite pas à Bruxelles, rejoindre un groupe de parole à Bruxelles pour ça, ça reste cette démarche. On ne rentre pas là comme dans un moulin parce que les gens, ils parlent de choses très personnelles. Il y a encore des problèmes au niveau de l'information, je pense, à ce niveau-là » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons).

Cette entre-aide est néanmoins considérée comme salvatrice et vue très positivement au sein de la communauté. Toutefois, elle a également un coût en termes de charge mentale et d'énergie – celui de devoir se former et s'informer partout ailleurs. Beaucoup se tournent notamment vers des forums ou les réseaux sociaux et se forment sur internet. Par ailleurs, la récurrence des expériences problématiques dans les interactions avec le corps médical a poussé certains à établir des listes de

médecins jugés compétents et non problématiques (« *safe* ») (entretiens du 17 mai 2024, Liège ; entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise ; entretien du 19 juin 2024, Hainaut ; entretien du 11 juillet 2024, périphérie liégeoise). Cela étant, certaines personnes estiment que la quête autonome d'informations médicales peut poser problème lorsque l'on est dépourvu d'une formation scientifique : « L'accès aux infos de santé, c'est toujours casse-gueule, parce que ça nécessite une interprétation liée à cette situation, que seul quelqu'un qui est formé peut vraiment bien faire. Moi, je connais des assos et des sites Internet où je peux trouver une info. Et puis, si vraiment j'ai un doute, je vais questionner mon médecin et puis en fait, souvent, ils décodent encore fort différemment les choses parce qu'ils ont le *background* scientifique. Mais franchement, je trouve que ce n'est pas si évident que ça » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

Un dernier élément qui est évoqué touche au manque de communication entre le ou la médecin et le ou la patiente. Dans ce sens, une personne explique qu'elle a dû déduire, à partir de ses connaissances, pourquoi son médecin lui proposait de faire un vaccin de rappel de l'hépatite A selon ses pratiques sexuelles, mais sans le verbaliser :

« Là, je pense que le généraliste s'est dit : 'Lui, il faut le protéger plus largement et donc c'est bien de faire A et B', mais sans pouvoir nommer les choses clairement, ce qui était quand même un peu con parce qu'en termes de comment on fait du sens et comment on va chercher l'adhésion du patient sur un protocole de soins, c'est quand même bien. Je me suis dit : 'OK, il y a encore un peu de chemin.' » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

Au-delà de la question de l'adhésion de la patientèle à un protocole médical, on peut aussi observer que ce non-dit peut être problématique dans la relation entre la ou le médecin et le ou la patiente qui ressent alors une gêne de son médecin à propos d'un sujet et donc, qui risque peut-être de se censurer dans ses interactions avec le personnel de santé.

Les solutions proposées

Face à ces différents constats concernant l'accessibilité des informations, plusieurs pistes de solution ont été proposées au cours des discussions.

Le premier élément suggéré par la majorité des personnes rencontrées concerne **tant la formation dans le cursus de base²⁴⁶ que la formation continue du personnel du corps médical** (au sens large, y compris le personnel infirmier, les assistants et assistantes sociales, les kinés, etc.). Comme le suggère une sexologue qui travaille en Planning familial, la formation continue est particulièrement importante :

« Je n'avais pas été formée dans mes études par rapport à ça, ni moi, ni les psychologues. En fait, à l'époque, on parlait, d'ailleurs, c'était dans le DSM [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*]²⁴⁷, qui reprend les troubles psychiatriques. [...] Donc, c'est vraiment important aussi dans les institutions de penser à la formation continue qui n'est pas toujours le cas dans le secteur des soins, notamment par rapport à des choses aussi importantes que celles-là » (entretien du 4 juin 2024, périphérie liégeoise).

²⁴⁶ Concernant le cursus de base en médecine, beaucoup rapportent la quasi-absence de cours qui abordent les questions de genre et qui se départissent du paradigme cisnormatif et hétérocentré dominant.

²⁴⁷ Ce *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* est un manuel utilisé comme référent international de ce qui est compris comme un trouble mental, même s'il fait l'objet de critiques.

Plus généralement, améliorer la formation continue de l'ensemble du secteur permettrait un meilleur relais de l'information entre les différents intervenants. Certains évoquent alors l'idée de créer un maillage informationnel à partir de la formation continue du corps médical et de la mise en réseau des acteurs et actrices de la santé, de manière systématisée. Beaucoup parlent notamment des possibilités de développer des *workshops* entre réseaux de médecins ou groupes locaux de médecins généralistes (par exemple, au sein des maisons médicales). Le partage de connaissances est donc régulièrement envisagé comme générant une véritable plus-value, tant pour la patientèle que pour le corps médical au sens large qui pourrait être plus à même de se renseigner entre confrères et consœurs en cas de doute (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise ; *focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

De manière plus localisée, certains suggèrent également la possibilité de **développer un maillage informationnel avec diverses structures, telles que des maisons de jeunes et des maisons de quartier**. Dans ce sens, rendre accessible l'information de manière plus généralisée (à l'aide de flyers et de fascicules dans les cabinets médicaux, les maisons médicales et les différentes structures d'accueil de jeunes, par exemple) permettrait aussi à des personnes plus jeunes ou qui sont au stade du questionnement et de la prise de conscience de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité/expression de genre de s'informer directement avec une information adéquate, fiable et complète.

Cisnormativité et hétéronormativité légales et institutionnelles

La seconde barrière trouve son origine dans la cisnormativité qui caractérise l'organisation et le fonctionnement des institutions de santé. En ces aspects, nos observations ne diffèrent pas de ce qui est généralement relevé dans la littérature internationale. **Cette cisnormativité et l'hétéronormativité imprègnent différentes facettes du système de soins**, telles que l'infrastructure physique et informatique avec lesquelles les services doivent travailler, l'encodage INAMI des soins prestés ou encore, la question du suivi des dossiers de santé après une transition. Ces différentes dimensions reflètent l'aspect cisnormé et hétéronormé des soins de santé et constituent autant de rappels aux personnes qui ne s'inscrivent pas dans le schéma dominant sexe/genre/orientation sexuelle que le système de soins de santé n'est pas pensé pour elles et qu'elles présentent une « anomalie » dans celui-ci en se situant en dehors du cadre. Ce ressenti contribue à perpétuer une forme de violence institutionnelle et constitue une forme de discrimination dans l'accès aux soins. Ceci peut accentuer le sentiment de ne pas être compris et entendu, et favoriser le renoncement aux soins.

Infrastructures hospitalières et informatiques cisnormées

Beaucoup d'acteurs et actrices du secteur des soins rencontrent des difficultés pour prendre en charge de manière adéquate les personnes transgenres vu **l'organisation binaire des infrastructures de santé** (répartition des chambres en hôpitaux et encodage dans l'infrastructure informatique notamment). Comme l'explique un professionnel de la santé, l'accueil et la prise en charge en hôpital des personnes transgenres suscite souvent des interrogations : « La question des chambres, la question en formation, c'est le top 1. Genre, c'est "où est-ce qu'on les met ?" Donc, c'est bien qu'il y ait une position qui soit claire. » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur). Par exemple, une directrice de Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) explique avoir anticipé le problème en organisant la prise en charge en hôpital dans des chambres individuelles, afin de préserver l'intimité des personnes, et d'éviter qu'elles vivent une forme de violence

institutionnelle – rappelons que ces personnes sont en plus prises en charge après avoir subi diverses formes de violences sexuelles. Toutefois, il convient d’être prudent quant à la justification fournie lors du recours aux chambres individuelles : « [I]l ne faut pas donner l’impression que tu es d’autant plus marginalisé, qu’on t’a mis tout seul comme un pestiféré. Alors oui, la justification qu’on lui a donnée en plus, c’était pour pas que tu mettes d’autres personnes mal à l’aise... Et donc voilà, c’est vrai, parfois, vraiment, avec les bonnes pratiques, c’est difficile de trouver les bonnes justifications, de bien faire passer le message » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Au-delà de l’organisation en termes d’infrastructures des services de soins, **l’encodage informatique** des personnes peut poser question. Plusieurs personnes professionnelles du secteur de la santé ont fait d’état de difficultés et enjeux relatifs à l’encodage informatique des personnes transgenres. D’une part, il arrive qu’une personne transgenre doive être encodée selon le genre lié à la carte identité, qui ne correspond peut-être pas au genre vécu. Cet encodage inadéquat peut être vécu, par la personne concernée, comme une violence institutionnelle. D’autre part, il serait judicieux d’étudier l’opportunité de visibiliser les personnes transgenres au sein de l’infrastructure informatique des institutions de soins de santé, comme le souligne une sexologue en Planning Familial :

« [...] Parce que même dans nos bases de données, nous, on a un système d’encodage qu’on utilise depuis des années, c’est JAD. Et même pour l’encodage, on peut mettre homme, femme ou autre. Transgenre, tout ça, on ne peut pas le mettre. Et donc, du coup, je me dis : Comment est-ce que je peux faire pour rendre ce travail-là visible ? Je suis obligée de mettre autre, mais si la personne ne veut pas être encodée dans autre, ça ne ressort pas. C’est compliqué » (entretien du 4 juin 2024 avec un planning familial, périphérie liégeoise).

Comme nous l’avons vu dans la section dédiée au logement, ce problème se manifeste également pour les services d’accueil d’urgence. Dès lors, plusieurs plaident pour plus de flexibilité d’encodage dans les programmes informatiques, de manière à refléter avec plus d’adéquation la réalité du terrain et des pratiques et, *in extenso*, à rendre les programmes plus inclusifs.

D’ailleurs, une autre personne souligne l’importance d’éveiller les professionnels et professionnelles aux parcours des personnes transgenres. Selon elle, il reste des situations problématiques notamment lors de l’analyse des prises de sang. Si le ou la médecin ne connaît pas la personne, ni son parcours de transition, et qu’il ou elle se fie uniquement au genre affiché par l’enregistrement de la carte d’identité, sans tenir compte du fait qu’il y a peut-être eu un parcours de transition, cela peut poser un problème pour l’analyse sanguine et son interprétation :

« Une fois que j’ai fait le changement de genre d’office, je me suis retrouvé dans une autre catégorie de valeurs références. Et d’office, il y a... il y a des choses qui vont se calquer, qui vont dire : OK, ça, ça va, c’est normal. Mais il y a des autres indicateurs qui, forcément, sont complètement faussés. Et c’est surtout ça le point sur lequel je voulais mettre la lumière, c’est qu’au-delà des idées d’identités binaires qui existent, même si des personnes trans peuvent se revendiquer trans non binaires, malgré tout, je pense que la modification d’une analyse sanguine, tout simplement, pour parler vraiment très, très, dans des soins vraiment très, très classiques. Ça serait davantage intéressant d’essayer de trouver un consensus où on ne va pas forcément respecter des normes mâles ou femelles, forcément. Parce que d’office, il y aura toujours à un moment des indicateurs qui ne vont pas être corrects et qu’on prenne ces indicateurs qui ne sont en temps normal, corrects ou

incorrects, qui se disent : 'Voilà, oui, OK, ce n'est pas correct, mais il y a un parcours derrière qui fait que...' Et à partir de là, ré-établir une nouvelle référence qui serait propre à un parcours trans » (entretien du 13 juin 2024, après-midi, Hainaut).

Codes INAMI et remboursements

« Pour des remboursements. Imaginons une personne transgenre qui vient pour une IVG, mais c'est un homme trans, qui a déjà fait un changement sur sa carte d'identité, il n'a plus le droit au remboursement ou à un dépistage, cancer du col de l'utérus, ce genre de choses. Idem. Là, clairement, il y a beaucoup aussi d'avancées à faire. C'est aussi au niveau des remboursements mutualistes, une vision très hétérocentrée avec le code l'INAMI, F ou M » (entretien du 4 juin 2024 avec un planning familial, périphérie liégeoise).

Comme l'illustre l'extrait d'entretien ci-dessus, au-delà du programme informatique utilisé pour l'inscription des personnes qui visitent un service de soins, l'encodage des prestations médicales, qui est nécessaire pour accéder aux remboursements de soins, semble aussi complexifié pour les personnes trans.

Selon plusieurs membres du corps médical, la possibilité d'être remboursé par les différentes mutualités suppose que **les codes INAMI** qui sont établis à partir de soins prestés correspondent au genre déterminé sur la carte d'identité des individus qui reçoivent ces soins. Dès lors, il arrive que des personnes transgenres qui ont fait leur transition administrative (c'est-à-dire qui ont changé de genre sur leur carte d'identité) aient toujours besoin de soins liés à leur genre assigné à la naissance – par exemple, si la personne a toujours son appareil reproducteur du sexe de son ancien genre –, et donc, que les codes INAMI ne correspondent pas au genre indiqué sur la carte d'identité. Cela peut donner lieu à un refus de remboursement par les mutualités. Les personnes concernées doivent alors justifier qu'elles ont bien reçu les soins en question, ce qui présente à chaque fois une charge administrative et une latence dans le remboursement de soins qui peuvent être onéreux.

« (Médecin généraliste) : À chaque fois que tu poses la question à quelqu'un de différent, tu as des réponses différentes. En fait, l'INAMI ne prévoit rien, ce sont les mutuelles qui ont des programmes qui vérifient que le médecin n'a pas fait d'erreur d'encodage. Donc ce sont les mutuelles qui refusent, mais vu que ce sont les mutuelles qui captent remboursements INAMI, ça revient au même, (...) du coup, il y a parfois moyen de revenir vers la mutuelle et de se dire, bon en fait, c'est ne pas un bug, ce n'est pas le médecin qui a mal nomenclaturé ou qui a essayé de frauder... il y a moyen... Mais en fait, il faut faire des réclamations auprès de sa mutuelle.

(Unia) : C'est ça, et tu rentres de nouveau dans des démarches administratives qui sont lourdes.

(Prisme) : Et la charge mentale.

(Médecin généraliste) : Et la charge mentale, là, on est dedans hein... parce que "oui, attendez, je n'ai jamais eu le cas de figure, je vais demander à ma supérieure", tu attends deux semaines et demie, avec toujours ta facture de 200 balles qui attend... attendez... c'est un peu un enfer » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Vu la complexité de ces situations, certaines personnes décident alors de postposer leur prise en charge au sein du système de santé, ou même de ne pas recourir à certains soins :

« (Médecin généraliste) Je dirais, plus qu'autre chose, c'est un flou artistique. Tu ne sais pas à quoi t'as droit comme remboursement exactement, tu ne sais pas sous quelles conditions tu as droit comme remboursement. Pareil pour les chirurgies. C'est... Tu nages.

(Unia) : C'est pour ça qu'au moment donné, tu repousses les soins.

(Juliette) : Donc c'est un facteur de renoncement.

(Médecin généraliste) : Ou tu repousses la transition... moi, dans le doute, y en a plein qui gardent le F ou le M assignés parce qu'ils ne savent pas trop où ça posera un problème. Donc ils préfèrent garder un F ou un M qui ne correspondent plus à leur genre vécu, mais qui au moins ne posent pas trop de problèmes si on a un gynécologue ou un urologue à un moment » (*focus group* Santé du 28 mai 2024, Namur).

En parallèle, la difficulté d'être remboursé pour certains soins – due notamment au caractère cisnormé de la procédure – peut également contribuer à alimenter l'état de précarité financière dans lequel se trouvent de nombreuses personnes qui commencent une transition. Nous traitons cet enjeu de manière plus détaillée dans la section intitulée « L'accessibilité financière » (cf. *infra*).

Le suivi des dossiers hospitaliers à la suite d'une transition

Le suivi du dossier médical des personnes transgenres après leur transition administrative pose également question. Par exemple, si une personne assignée homme à la naissance effectue une transition administrative féminisante, c'est-à-dire qu'elle enregistre son genre vécu sur sa carte d'identité et est affichée comme femme, son dossier médical masculin serait archivé et une nouvelle personne genrée « femme » serait encodée. Selon certaines personnes interviewées, le dossier médical ne suivrait pas systématiquement la personne qui effectue une transition administrative, ce qui pose un véritable problème quant au suivi médical et à la prise en charge effective de la personne (entretien du 1^{er} juillet, Brabant wallon)²⁴⁸.

Don de sang et parentalité

Enfin, nous nous devons d'aborder un dernier élément, qui témoigne de la prégnance de l'hétéronormativité : la discrimination envers les personnes *gays* qui souhaitent **donner leur sang**. Plusieurs acteurs rencontrés dénoncent cette discrimination, qui cible un groupe de personnes plutôt que des pratiques précises (considérées comme plus à risque), même si discriminer à partir des pratiques peut être compliqué, comme le suggère d'ailleurs un médecin généraliste :

« Sinon, il y a le don de sang aussi. Là, on est passé d'une exclusion totale à une abstinence de quatre mois. Enfin, d'abord un an, et puis là, maintenant, c'est quatre mois. Et donc, il y a encore moyen d'aller plus loin, de suivre l'exemple d'autres pays européens...

Mais surtout, ça doit être sur les pratiques et pas sur la...pas sur les catégories...

Ah oui, ça continue à bloquer en Belgique... Si jamais on a une recommandation par rapport à ça sur le site internet.

²⁴⁸ Nous n'avons pas eu l'occasion dans le cadre de cette recherche de trianguler cette information avec les services de soins et hospitaliers pour comprendre exactement comment se passe la transition des dossiers médicaux en cas de transition de genre d'une personne. Plus de recherches sont nécessaires pour pouvoir en tirer des conclusions.

Mais dans les pratiques oui...mais les pratiques, c'est souvent flou... » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

De manière quelque peu similaire, il existe toujours une résistance importante quant aux **projets de parentalité pour les personnes transgenres** comme cela a été suggéré dans le cadre de la discussion du *focus group* santé. Ici aussi, la norme cisnormative est discriminante :

« À Liège, il n'y a qu'un seul hôpital qui accepte les parcours de PMA pour les personnes trans. Les deux autres refusent en disant tel quel au téléphone qu'ils ne veulent pas s'engager dans ce genre de projet parentalité, y compris que le projet parentalité c'est de conserver des spermatozoïdes. Donc il n'y en a pas de projet de parentalité, le projet c'est juste de ne pas stériliser les gens » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Les différentes dimensions présentées dans cette section illustrent donc comment concrètement l'organisation et l'institutionnalisation des services et des soins de santé autour des normes dominantes cisnormative et hétéronormative constituent des obstacles à l'accès aux soins pour les personnes LGBT en Région wallonne. Dans ce sens, ce que nous avons pu observer sur le terrain wallon ne diffère pas de ce qui est observable dans d'autres contextes nationaux à travers la littérature scientifique.

L'accessibilité physique

Le troisième frein dans l'accès aux soins relève de l'accès physique à ceux-ci et de la possibilité de se déplacer sur le territoire pour y accéder. D'après beaucoup de personnes rencontrées, il n'existe actuellement pas de maillage territorial suffisant pour rendre accessible des soins de santé inclusifs et *safe* pour les personnes LGBT. Cette accessibilité physique va dépendre de l'offre de soins proposée sur un territoire donné, mais peut également se comprendre en relation avec l'absence (ou l'insuffisance) d'une première ligne médicale formée à recevoir de manière adéquate et non discriminante les personnes LGBT. Ceci renvoie donc au premier frein identifié et démontre comment ces différentes barrières peuvent se renforcer mutuellement et pousser les personnes LGBT à se détourner de certains soins, ce qui constitue un facteur de précarité en matière de santé.

La centralisation des services de soins

En ce qui concerne la prise en charge médicale des transidentités, il existe historiquement deux centres conventionnés par l'INAMI en Belgique : un à Liège et un à Gand. D'après un médecin généraliste, de nouvelles conventions sont en train d'être développées par l'INAMI, par exemple avec le Grand Hôpital de Charleroi. Selon lui, ces centres sont financés par des conventions similaires à celles utilisées pour les centres sur les maladies rares. Ce mode de financement ainsi que l'étiquette de centre « spécialisé » participeraient déjà à la marginalisation systémique de la prise en charge de soins trans-affirmatifs par les autres lignes de soins. Effectivement, l'existence de centres hyper spécialisés facilite un renvoi systématique – de la part des premières et deuxièmes lignes de soins – vers ces centres, plutôt qu'une prise en charge directe :

« En fait tout le monde va renvoyer au centre d'expertise et tu as exactement la même chose qui arrive au niveau de la santé trans, où les endocrinologues de base se débarrassent. Mon copain sociologue, il a fait son mémoire sur cette question-là. Il y avait un de ses participants qui était Namurois, qui a sonné à 20 endocrinologues de la région, qui l'ont tous renvoyé à l'équipe de genre de Liège, parce "qu'on ne fait pas ça". Et donc, et la deuxième ligne des spécialistes, et la première ligne des médecins généralistes vont renvoyer à la troisième ligne.

Et donc, en fait, il y a à la fois une réduction de la santé trans à la transition, et une marginalisation ou une altérisation en tout cas, où il n'y a qu'un seul endroit où ces gens-là peuvent être soignés correctement et nous, ce n'est pas notre devoir d'être spécialisés là-dessus. Donc, de manière systémique les soins sont financés et organisés, dont les lignes de soins sont pensées, ça renforce cette marginalisation-là... » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Par ailleurs, plusieurs personnes critiquent cette centralisation des soins dans des structures dites « LGBTQIA+ *friendly* » qui ne sont pas forcément facilement accessibles à tous et toutes. Par exemple, beaucoup mentionnent une fracture entre les services qui sont accessibles pour celles et ceux qui vivent dans des grands centres urbains et celles et ceux qui vivent en périphérie des villes ou à la campagne (« Quand on a accès à toute une série de trucs, ça va, mais ici en périphérie, et on est à trois kilomètres du centre-ville de nouveau, ce n'est vraiment pas loin, mais ce n'est pas le même contexte. Il n'y a rien à faire, ce n'est plus la ville. Il y a moins facilement tous ces réseaux », entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

Selon les individus rencontrés, cette **centralisation des soins spécialisés** est donc problématique pour plusieurs raisons. D'une part se pose la **question de la mobilité**. Certains mentionnent par exemple la province du Luxembourg dans laquelle les différents services sont parfois très espacés géographiquement et où le maillage de transport en commun n'est pas forcément optimal pour rejoindre facilement l'ensemble des services. Ce problème de transport crée un frein en plus pour les personnes plus précarisées financièrement ou qui ne sont pas autonomes dans leur mobilité (personnes jeunes, en situation de handicap ou qui ne savent pas conduire/n'ont pas de véhicule à leur disposition) (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur). D'autre part, plusieurs dénoncent ce regroupement dans des centres « spécialisés ». Certains considèrent que c'est **stigmatisant de devoir se rendre dans un centre spécialisé** (ici, la personne parlait du Centre de référence Sida) et que cela peut être insécurisant en fonction de l'endroit où le centre se situe et des représentations qui entourent ce type de lieu :

« Quand tu es dedans, ça va, je me sens tout à fait en sécurité, mais y aller, ce n'est pas toujours sécurisant. Ok. Cela étant, ce n'est pas dramatique du tout. Je me dis – c'est con ce que je vais dire – mais les gens qui habitent autour, ils savent bien que ce sont des lieux où on soigne des 'pédés'. Se dire ça, je ne pense pas que c'est nécessairement vrai, mais ça reste une représentation qui est là, qui est débile, mais qui est là. C'est en soi stigmatisant de devoir aller dans un lieu spécialisé alors que bon, on est quoi... 10 % de la population ? Ce n'est pas non plus 1 % de la population » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

Au-delà de l'inconfort que peut procurer le fait de se rendre dans des centres spécialisés, plusieurs critiquent aussi l'aspect « milieu » / « communautarisé » et souhaiteraient qu'il y ait une « normalisation plutôt qu'une communautarisation » de la prise en charge des personnes LGBT :

« Et puis, tu arrives dans un endroit où il n'y a que des gays et un peu écarté comme ça « milieu ». Je ne suis pas un grand fan de ça. Je préfère des endroits mixtes où chacun peut venir » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise) ;

« Mais je n'ai pas envie d'avoir un hôpital spécifiquement pour moi et je n'ai pas envie d'avoir une société de logement spécifiquement pour moi et un quartier et des parts et des

magasins. Je veux vivre ma vie comme tout le monde. Et donc à un moment, la situation, il faut qu'elle soit normalisée plutôt que communautarisée. Pour l'instant, on en a besoin parce qu'on doit faire vivre des projets de résistance pour nos droits et aussi parce qu'on veut se socialiser entre nous. Et pour l'instant, on ne peut pas le faire dans les espaces normaux. Moi, le but à long terme, c'est que ce soit normalisé, qu'on ait plus besoin de la 'commu', qu'on puisse être intégrés à la société comme tout le monde » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons).

Un élément doit aussi être développé en ce qui concerne **les ASI** (les associations de santé intégrée) et **leur principe de territorialité**. Récemment, des maisons médicales *LGBTQLA+ friendly* ont été développées en Wallonie. Concrètement, des conventions entre les différentes Maisons Arc-en-Ciel (MAC) de Wallonie et une maison médicale (ASI) sont développées. Toutefois, notons deux tempéraments : d'une part, les formes et le niveau d'intégration de ces partenariats diffèrent entre les structures, et d'autre part, seuls sept « binômes » MAC-ASI existent sur l'ensemble du territoire wallon. Vu le développement parcellaire de ces collaborations, plusieurs acteurs et actrices évoquent que le principe de territorialité assorti aux maisons médicales complique l'accessibilité aux maisons médicales *LGBTQLA+ friendly* : « Un problème avec les maisons médicales, moi je voulais aller sur celle du Laveu, parce que je sais bien qu'ils sont spécialisés là-dedans, mais ce n'est pas mon territoire » (entretien 24 mai 2024, périphérie liégeoise). Plus encore, selon certains, comme la population LGBT est fort mobile et en plus, elle ne l'est pas toujours par choix (en fonction du parcours de vie des individus), le critère de la zone d'inscription peut constituer une difficulté accrue. En cas de mobilité, les personnes ne peuvent pas toujours conserver leur médecin et/ou ne peuvent pas s'inscrire dans une maison médicale « *LGBTQLA+ friendly* » :

« Je pense que c'est la difficulté qu'on a, c'est qu'on se dit les maisons médicales c'est très bien, et donc on va les appliquer aux gays et aux lesbiennes, tout le monde sera content, mais ce n'est pas nécessairement... On ne peut pas juste plaquer ça et dire bon alors on prend une MAC, on prend une maison médicale, on prend des gays ça va fonctionner. Je crois qu'il y a aussi des réalités de terrain à intégrer pour qu'en fait cette union elle soit fructueuse. Il faut les former. Déjà, le premier truc c'est qu'il faut les former...Par contre, c'est sûr que si tu as un maillage de maisons médicales, si c'est une priorité, que t'as un maillage de maisons médicales qui sont bien formées et que chaque maison médicale est formée à ce niveau-là, bah là t'as réglé une grande partie des problèmes d'accès aux soins. Ça c'est sûr et certain » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Ainsi, on peut observer qu'en l'absence de personnel médical suffisamment formé, le principe de territorialité peut avoir un effet pervers pour les personnes LGBT, qui sont d'autant plus précarisées dans l'accès aux soins. La solution réside toutefois davantage dans la formation du personnel des ASI que dans la remise en cause du principe de territorialité.

Plusieurs propositions sont énoncées par les personnes rencontrées de manière à améliorer l'accès aux soins de personnes LGBT en Région wallonne.

La première suggestion consiste au **développement d'un maillage territorial et d'un renforcement du réseau du personnel médical formé**. Par conséquent, cela contribuerait à la décentralisation des soins, ce qui soulagerait les quelques institutions spécialisées ou professionnelles et professionnels qui sont surchargées :

« (Prisme) : [Nomme une personne] elle donne des formations pour effectivement former d'autres personnes, elle c'est du côté plutôt psychologique, pour pouvoir avoir plus de personnes qui soient formées, mais les retours qu'elle a de ces formations, c'est-à-dire que les gens disent, "ah ben maintenant, on sait vers qui on va renvoyer". Mais elle est déjà complètement surmenée, elle a déjà beaucoup trop de demandes, et les gens qu'elle forme lui disent, c'est bien, on va pouvoir renvoyer chez vous les demandes qu'on va avoir, mais ce n'était pas le but, c'était qu'elle ait eu un réseau plus large. Donc ça montre bien vraiment l'état des choses. Même des gens qui sont volontaires pour se former, ben à la fin d'une formation, ils ne se sentent pas forcément encore suffisamment outillés pour répondre à la demande. Or le problème, il est là. Pour le moment, c'est vraiment une demande trop grande par rapport au nombre de personnes formées et qui sont d'accord, enfin qui se sentent en tout cas légitimes ou capables de pouvoir le faire. Donc je crois que c'est déjà un des premiers freins, c'est ça. » [...] (Médecin généraliste) : « La paucité de professionnels formés que [nom] relevait, là, ça me souvient à une autre question, c'est la disponibilité. Moi, j'ai plus de rendez-vous en juin ni en juillet, là, pour l'instant, dans mes consultations, parce qu'il n'y a que moi sur Liège, pratiquement, qui fait ce que je fais. Du coup, là, il y a cette difficulté qui est là » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Cette proposition regroupe deux dynamiques parallèles, qui se renforcent. D'une part, il s'agit de former un nombre plus grand de personnes à accueillir, à prendre en charge et à assurer le suivi de la santé des personnes LGBT de manière adéquate et informée, comme cela a déjà été mentionné à plusieurs reprises. Pour que la formation du corps médical soit jugée utile et nécessaire par eux et elles-mêmes, il est d'abord nécessaire de les conscientiser sur la présence et les besoins de la patientèle LGBT, ainsi que de déconstruire un nombre important de fausses croyances et de préjugés qui continuent à être répandus (cf. « Accessibilité informationnelle », *supra*). D'autre part, il est important de renforcer les liens et de favoriser la mise en réseau de manière systématique entre les différentes personnes formées (de manière plus généraliste ou spécialisée). Attendre que les réseaux se constituent de manière informelle et spontanée n'est pas suffisant dans un contexte où les travailleurs et travailleuses sont mis sous pression et effectuent une charge de travail trop importante pour avoir le temps (et parfois, l'énergie) de développer des réseaux ou échanger sur leurs pratiques. Pourtant, plusieurs soulignent que la prise en charge des personnes gagne en qualité et en efficacité lorsqu'ils et elles peuvent s'appuyer sur des personnes relais dans différentes structures. Notons que si nous parlons ici spécifiquement des soins de santé, il faut garder à l'esprit que la prise en charge de public précarisé, qu'il s'agisse de personnes LGBT ou non, est souvent multifacette et que les relais sociaux doivent agir sur de nombreux aspects de la vie d'un individu (prise en charge et régularisation administrative, prise en charge financière, aide sociale, aide psychologique, recherche de logement, prise en charge et orientation vers les soins de santé nécessaire etc.)²⁴⁹.

De plus, du point de vue des personnes qui ont besoin de soins, former un plus grand nombre de professionnelles et professionnels de la santé et développer un maillage territorial constituent des conditions nécessaires à la facilitation de l'accès physique aux médecins :

²⁴⁹ Cette énumération non exhaustive donne un aperçu des différents volets qui sont régulièrement pris en charge (de manière combinée ou non) par les professionnel(le)s de l'action sociale

« C'est quelque chose que là, je pense que même si c'est à Bruxelles, même si pour moi, c'est davantage facile, j'imagine que pour d'autres personnes, ça va être complètement impossible à faire. L'aspect décentralisation des prises en charge, c'est un aspect très important. [...] C'est surtout que généralement, tout se passe sur Bruxelles. Dès qu'il y a des structures qui sont à peu près *safe*, c'est d'office Bruxelles ou alors dans des grandes villes. Moi, parfois, j'ai de la chance, j'ai déjà un véhicule, j'ai un permis, donc je peux me rendre, mais même en me rendant, c'est toujours un facteur de stress. » (entretien 13 juin 2024, après-midi, Hainaut) ; « Pour moi, une des recommandations aussi c'est de travailler sur les périphéries urbaines [...] On sait que dans ces endroits-là, dans ces périphéries urbaines, dans les ruralités, il y a aussi un public qui a besoin de nous, de l'État, de la force publique, mais des ressources associatives, des structures privées aussi... Et pour aussi donner le signal et qu'on puisse être heureux partout. Je trouverais que ce serait bien » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

Pour qu'un soin soit effectivement accessible, il faut considérer tant la question de la mobilité (est-ce que je dois me déplacer loin pour aller en consultation ?) et de la disponibilité des professionnelles et professionnels (y a-t-il suffisamment de personnes formées, de manière que l'attente pour obtenir une consultation soit réduite ?).

Par ailleurs, plusieurs soulignent l'importance **d'adopter une position nuancée à l'égard du développement de centres de soins spécialisés**. Premièrement, il ne faut pas opposer ces centres spécialisés et le développement d'un maillage territorial de personnes formées. Il est important de garder des centres spécialisés, qui peuvent effectivement répondre aux besoins d'une partie de la population. Deuxièmement, si ces centres spécialisés sont nécessaires et peuvent convenir, certains s'inquiètent tout de même de la centralisation, et *in extenso* de la concentration de l'expertise médicale au sein d'un petit nombre de personnes ou d'un seul centre. Cette concentration de l'expertise peut présenter des risques d'une part, d'absence de contrôle sur les pratiques exercées et d'autre part, d'une pratique appauvrie par l'absence de variété d'expertise. Il est généralement reconnu que l'échange sur les savoirs et les pratiques favorisent une meilleure prise en charge et une prise en charge adéquate aux différents parcours de vie et individuels. Ainsi, la pluralité des pratiques et l'échange sur la base de ces pratiques ne peuvent que favoriser une amélioration des soins reçus. Effectivement, il semble que pouvoir se soumettre à plusieurs avis médicaux et opérer des choix quant aux soins de manière informée, critique et éclairée ne peut être que bénéfique pour la patientèle :

« (Prisme) : Oui, parce que si on fait des centres spécifiques, de nouveau, on va les réduire en termes de nombre, d'accès. Il vaut mieux que ce soit un service qui soit accessible partout, pour avoir plus d'accessibilité.

(Médecin généraliste) : Au début, j'étais un grand grand défenseur des Grands Carmes ou d'Épicentre, vraiment ce genre de projets, vraiment de centres là-dessus. Mais maintenant, je suis plus dans le réseau. Je suis vraiment plus dans le travail en réseau, dans le fait de disséminer, d'avoir un maillage territorial que d'avoir un ou deux centres. Parce que c'est aliénant, une fois de plus, je crois que c'est altérant à fond [...] Parfois, même dans les centres spécialisés, ça tourne sur une ou deux personnes qui sont un peu plus formées, sensibilisées, et puis quand ces personnes-là s'en vont, en fait, on perd toute une expertise, parce qu'il n'y a personne qui le reprend derrière. Donc, si c'était un maillage de nouveau,

c'est plein de gens formés dans plein d'endroits différents, et ça s'autorégule quelque part, que si c'est trop sur une personne ou un centre particulier, c'est risqué de le surspécifier... On peut les dealer, genre tout le monde n'a pas envie de se taper en Bruxelles, fin la distance, c'est de nouveau, les délais.

(Unia) : Oui, c'est ça. Le nombre d'endroits hyper spécialisés comme ça, tu dois attendre des mois et des mois et des mois pour avoir rendez-vous. Alors que quand même, tu es peut-être dans l'urgence d'avoir un... mais on ne sait jamais la réponse... » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Enfin, un dernier élément à considérer lorsqu'on parle du développement du réseau de professionnelles et professionnels formés, c'est de **former également les services auxiliaires de la santé et de les inclure dans la mise en réseau et la construction du maillage territorial**. Ici, nous faisons référence aux **centres de Planning Familial, aux centres de prises en charge des violences sexuelles, aux centres PMS**, etc. En résumé, référence est faite à l'ensemble des structures de première ligne qui gravitent autour du système de santé et qui sont régulièrement compétentes en matière de prévention et de prise en charge pluridisciplinaire. Ces différentes structures ont non seulement besoin d'être incluses dans le réseau, mais ont surtout besoin d'être soutenues financièrement dans le développement de leurs programmes d'action, y compris pour les actions auxiliaires à leurs missions de base comme la création de groupe de suivi trans-spécifique ou autre :

« Il faut aussi que les autres structures de proximité, comme les centres de plannings familiaux, les centres de santé mentale, etc., cheminent par rapport à ces publics-là. [...] les questions se complexifient et donc les questions de santé se complexifient. [...] Moi, je pense que c'est important aussi de donner les moyens au centre de première ligne de cheminer également. Je parle de planning aussi parce que je travaille dans un planning et la condition dans les centres de planning, c'est que depuis 2015, on a des enveloppes fermées, c'est-à-dire que nos subsides sont... Ça été voté comme ça. Ça veut dire que ces questions-là ou ces approches-là qui sont plus récentes ne sont pas intégrées à nos subsides. Il n'y a pas une augmentation structurelle. Et là, il y a vraiment un souci » (entretien du 4 juin 2024 avec une sexologue d'un planning familial, périphérie liégeoise).

La question de l'accessibilité physique des soins dépend donc de la présence à proximité d'un service/d'un ou une professionnelle formée ainsi que de la disponibilité de ce service ou de cette personne. Il est nécessaire que cette personne ou ce service détienne l'expertise utile à la prise en charge de la personne LGBT. Dès lors, le développement d'un réseau de membres du corps médical formés à travers le territoire semble être une des solutions les plus adéquates pour favoriser l'accès aux soins, en plus du soutien structurel continu aux centres spécialisés déjà existants.

L'accessibilité financière

Au-delà de l'accessibilité physique des soins, leur accessibilité financière reste un vrai défi, notamment pour les personnes LGBT, parmi lesquelles on trouve aussi des personnes qui expérimentent une forte précarité. L'accessibilité financière ne dépend pas seulement de la possibilité pour un individu de payer au moment du soin ou *a posteriori* lors de la réception de la facture, mais dépend également de la possibilité de recevoir un remboursement de la part d'une mutuelle ou d'une assurance, et plus spécifiquement, pour la prévisibilité financière du soin, de la

clarté de l'information autour de la possibilité ou non d'un remboursement. Sans cette information, il n'est pas toujours possible pour les personnes d'envisager un soin. Effectivement, avoir connaissance des possibilités et modalités de remboursement favorise l'accès aux soins. *A contrario*, l'absence de cette information favorise le détournement et le renoncement à certains soins.

Transition et précarité financière

Concernant la transition, plusieurs soulignent **le coût que représente la transition de genre** notamment pour les personnes qui choisissent d'effectuer différentes opérations :

« Ce qui va coûter le plus cher, c'est tout ce qui est chirurgie. Et c'est peut-être la raison pour laquelle la majorité des personnes transgenres ne vont pas avoir de chirurgie. Parce que les opérations, déjà, tout le monde n'est pas formé à les faire. Elles ne se passent pas toujours bien, justement parce qu'il y a peu de personnes formées et elles ne sont pas remboursées, pas toujours. Donc, tout ça fait que... Il y a des barrières » (entretien du 4 juin 2024 avec un planning familial, périphérie liégeoise).

Certaines opérations, qui sont toujours considérées comme des opérations de chirurgie esthétique (cf. « Transition et remboursement des soins de santé », *infra*) sont vécues comme cruciales pour transitionner pour certaines personnes. Plusieurs soulignent alors l'obligation de s'endetter pour parvenir à financer ces opérations, pourtant essentielles à leur bien-être psychologique. D'autres expliquent que des cagnottes sont parfois organisées au sein de la communauté, pour lutter contre la précarité qui peut suivre de telles opérations.

La précarité financière des personnes transgenres est un élément régulièrement mentionné lors des différents entretiens. Ceci est assez cohérent avec la littérature internationale qui met en exergue la fragilisation accrue des personnes transgenres (et intersexes) parmi les personnes LGBT. Par exemple, une sexologue en Planning familial explique comment cette précarité financière trouve parfois son origine dans une précarité d'emploi en lien avec le stress des minorités, c'est-à-dire que l'expérimentation de discriminations et/ou la peur d'être discriminé génèrent un état de stress et d'anxiété qui rendent alors difficile l'accès à l'emploi :

« Et c'est vrai que pour les personnes transgenres, parfois, en fonction de là où elles sont dans leur transition, il peut y avoir beaucoup de personnes précaires aussi. Parce que cette souffrance fait qu'ils n'arrivent pas à accéder au milieu du travail. Il y en a qui sont dans le milieu du travail, qui ont peur de transitionner par rapport à ça, de peur de perdre leur boulot, etc. Et puis, il y a des personnes qui ne sont pas en cours d'emploi, parce que la souffrance est telle qu'ils n'ont pas la capacité d'intégrer le milieu du travail » (entretien du 4 juin 2024, périphérie liégeoise).

La précarité financière des personnes LGBT est liée à différentes variables comme la précarité en termes d'emploi, mais aussi la précarité psychologique ou les parcours de vie.

Par ailleurs, plusieurs témoignages suggèrent que **la précarité financière est un frein à la transition**. Il faut être stable financièrement pour pouvoir entamer le processus de transition :

« Il y a une sécurité et un confort dans le fait de rester dans son assignation de naissance pour l'instant, que j'aimerais pouvoir changer quand je serai plus stable économiquement et au niveau de mon revenu [...] Et également, parfois, on a peur d'entamer des procédures parce que justement, les remboursements ne sont pas encore très oufs. Et comme on voit

beaucoup de personnes faire des cagnottes, on se dit : Oh là là, ça va être des démarches ». » (entretien 13 juin 2024, matin, Mons). ; « Je sais que quand j'irai voir le centre à Liège pour l'augmentation mammaire et la vaginoplastie. Quand j'irai en discuter avec eux, je sais que le frein ce sera ça, les sous. Je sais qu'il faut aller en discuter avec la mutuelle aussi, vu que je veux voir comment ça va se passer, j'ai une assurance hospitalisation aussi donc il faudra faire les calculs de tout ça c'est sûr que moins j'aurai à payer plus j'aurai tendance à le faire, mais c'est sûr que voilà si on me dit il te restera à payer 3000 euros à payer en une fois C'est bon, merci, au revoir. Je ne serai pas de la partie. Enfin, même 1000 euros en une fois, c'est impossible. Je ne peux pas y arriver. Je demande des plans de paiement pour tout. Parce que pour l'instant, c'est impossible » (entretien du 1^{er} juillet 2024, Brabant wallon).

Mais pour certaines personnes, **la précarité financière est une conséquence de la transition**, surtout pour des personnes qui ont effectué leur transition en étant jeunes adultes, avant d'être entrées dans la vie active. Cette situation de précarité est alors très liée à l'existence ou non d'une rupture familiale et de la possibilité ou non d'un soutien financier de la part de la famille :

« (Juliette) Oui, donc tu veux dire que ça maintient dans une forme de précarité sur le long terme ?

(Sambre) : Exactement. Ça me maintient dans une précarité sur le long terme parce que je n'aurais jamais les moyens de faire des économies. Et Ça ne tient à pas grand-chose, ça tient à 500 €, mais il n'y a pas eu une allocation... Je ne peux pas vraiment demander une allocation de la part de mes parents puisqu'ils ne m'ont pas... Ils m'ont jeté dehors, ils ne m'ont pas... Ils ne m'ont pas fait partir en chemin. Il y a eu une rupture » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Ceci est également mentionné par différents représentants lors de la discussion du *focus group* :

« Et donc oui, la précarité pour nous c'est vraiment un ensemble de choses, ça peut être tout simplement financier, des gens qui n'ont pas les moyens de pouvoir subvenir à leurs besoins de base, ou leurs besoins, je pense, notamment pour personnes trans, ou les coûts liés à la transition. Alors maintenant, de plus en plus, il y a une série de choses qui sont remboursées. Il n'empêche, il y a quand même encore des choses, parfois, il faut sortir l'argent quand même en avance, etc. Il y a des gens qui n'ont pas toujours financièrement les moyens » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Transition et remboursement des soins de santé

Comme l'illustrent les extraits cités précédemment, la question des remboursements (ou plutôt de leur absence) des soins trans-spécifiques a été régulièrement évoquée au fil des rencontres. La cisnormativité qui transparait dans la **nomenclature INAMI** constitue donc un véritable frein aux soins des personnes transgenres²⁵⁰. Au-delà des soins généraux qui ne sont pas systématiquement remboursés – selon qu'ils correspondent ou non au genre affiché sur la carte d'identité – de nombreuses opérations chirurgicales trans-affirmatives ne sont pas remboursées :

« En fait, c'est le flou artistique. Je dirais, plus qu'autre chose, c'est un flou artistique. Tu ne sais pas à quoi t'as droit comme remboursement exactement, tu ne sais pas sous quelles

²⁵⁰ Voyez également le point Codes INAMI et remboursements (cf. *supra*) pour plus développements sur les effets de la cisnormativité sur les remboursements des soins de santé.

conditions tu as droit comme remboursement. Pareil pour les chirurgies. C'est... Tu nages »
(*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Un autre extrait d'entretien illustre ce flou et les remboursements parfois absurdes. Ici, dans le cadre de la mammoplastie où il n'y aurait qu'un remboursement partiel :

« je trouve que c'est vrai qu'en Belgique il n'y a pas grand-chose qui est clair ou qui ressort vite sur une recherche Google par exemple on n'a pas beaucoup de clarté là-dessus et ce qu'il y a aussi c'est que sur certaines choses quand j'avais été voir le site je crois que c'est de..., ou même l'INAMI, pour voir les remboursements, etc. En fait, il faut beaucoup jouer avec des pages, donc on passe d'une page à l'autre, et pour finir on revient dans les mêmes pages, et je trouve ça très compliqué pour avoir au final, je vais dire trois renseignements et on perd dans des recherches qui durent des heures parce qu'il y a des textes immenses à lire alors que ça n'apporte pas grand-chose pour juste savoir qu'au final on a un sein remboursé et l'autre à moitié » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Plus largement, ceci est problématique dans le cadre du traitement de certaines maladies comme le souligne un interviewé :

« Dans le sens où moi, je connais plein de gens qui ont encore besoin de de contraceptions dites féminines ou bien d'opérations chirurgicales qui vont dans ce sens-là pour de l'endométriose, par exemple, et qui ont transitionné. Et du coup, on ne vous le rembourse pas cette pilule contraceptive, on ne vous la rembourse pas parce que normalement, c'est que les femmes... Alors que sur le site de l'assurance santé, il y a bien marqué : Oui, non, c'est pour tout le monde qu'on rembourse. Il y a des acteurs, des intermédiaires qui refusent le remboursement. Oui, moi, c'est vrai que j'ai ce prisme très économique qui est très concret à l'accès à la santé » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons).

Par ailleurs, plusieurs exposent que de nombreuses opérations trans-affirmatives sont considérées comme étant des **opérations de chirurgie esthétique**, indépendamment de la nécessité qu'elles peuvent représenter pour une personne en transition et le bien-être que cela peut lui procurer d'avoir le sentiment de voir « aboutir » sa transition. Par exemple, une personne parle de la féminisation faciale, qu'elle considérerait comme nécessaire pour elle, mais qui n'est pas remboursée :

« Et surtout, mon visage était plutôt masculin à l'époque. Et une chirurgie qui est très importante, selon moi, c'est féminisation faciale. Ça peut être cher. Ceux que j'ai choisis sont très chers, mais je suis contente de ceux que j'ai choisis et c'était très important pour moi. C'est un frein en plus. C'est 600 € par mois, ça m'a coûté 35 000 €, mais j'ai l'impression que clairement, c'était nécessaire à mon bien-être mental. Depuis que j'ai fait ça, je n'ai plus peur de montrer mon visage. [...] Ça a été tellement bien, cette chirurgie, tellement importante pour moi et ça a changé ma vie en positif, clairement. C'est une chirurgie qui, vu que je l'ai fait en Espagne, n'a pas été remboursée du tout. Et ça, j'ai envie de dire, je ne sais pas ce que la Belgique pourrait faire pour y remédier, à part avoir des médecins compétents ou autoriser un petit remboursement dans l'Europe. En fait, le problème, c'est qu'on n'a pas de bons médecins en Belgique pour ça » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Ici, Sambre expose que faute de médecin compétent pour ce type de chirurgie en Belgique, elle a préféré se rendre en Espagne pour obtenir un résultat satisfaisant. À ce sujet, nous apprenons qu'il

n'y a pas de régulation tarifaire pour certaines chirurgies trans-affirmatives et que le peu de médecins qui les pratiquent en Belgique se trouvent d'une certaine façon en situation de monopole où ils et elles peuvent augmenter le tarif de leurs prestations :

« Les seules personnes qui font des opérations trop spécifiques le font à des coûts aussi parfois exorbitants aussi. Ce sont des coûts qui ne sont pas déterminés et qui sont un peu aléatoires en fonction des chirurgiens qui vont opérer. Je me dis canevas à ce niveau-là, au niveau politique, ça pourrait être intéressant, parce que sinon, ça devient un marché. [...] Ma peur, c'est celle-là. Non seulement, il n'y a pas de régulation au niveau financier de ce type de chirurgie et en plus, il n'y en a pas assez. Donc, quid de la formation des opérations trans-affirmatives aussi de qualité en Belgique pour que les personnes n'aient pas à payer 20 000 € pour aller en Thaïlande » (entretien du 4 juin 2024 avec un planning familial, périphérie liégeoise).

Pour revenir au parcours de transition de Sambre, en discutant avec elle, on comprend combien il était important pour elle de procéder à cette étape dans sa transition. De plus, elle évoque le fait que grâce à cette chirurgie, elle bénéficie du *passing*, c'est-à-dire qu'elle passe pour femme. Selon elle, ce *passing* est essentiel pour pouvoir s'insérer dans la société et même parfois se sentir en sécurité :

« (Juliette) : Oui, mais le *passing*, ça a aussi eu un coût pour toi ?

(Sambre) : 35 000 € pour ne pas me faire tabasser dans la rue » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Finalement, pour illustrer concrètement combien la transition peut coûter²⁵¹, elle calcule :

« Alors, je peux dire les prix. Donc la féminisation faciale, c'est ce qu'on appelle le FFS. Ça, c'était 35 000 €. J'ai été remboursé 0 €. Le laser, c'est plus ou moins 200 € la session et il y a besoin d'au moins une quinzaine de sessions.

(Juliette) Ça, ce n'est pas remboursé non plus ?

(Sambre) Non. Les séances chez le dermato le sont, mais pas le laser lui-même [...] » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Lorsqu'elle expose l'ensemble de ces coûts, Sambre rappelle l'importance des dettes qu'elle doit apurer à la suite de sa transition et plus spécifiquement, de son opération du visage. Cela est possible pour elle, car elle a aujourd'hui un emploi. Selon elle, son *passing* contribue grandement à subir moins de discrimination, y compris à l'emploi. Plus largement, elle souligne comment ces différentes règles de remboursement et la complexité administrative qui en découle sont une source de précarité pour de nombreuses femmes trans :

« Je suis techniquement, moi, du haut des 200 € par mois que j'arrive à économiser, même pas, je suis dans la partie très chanceuse, ce sont des filles que je connais. La totalité chez les personnes trans, c'est systémique. C'est l'ensemble de règles, clairement, qui nous emmène là-dedans » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

²⁵¹ Notons que tous les parcours de transition sont différents et dépendent des individus. Dès lors, ce coût n'est qu'illustratif du vécu d'une des personnes rencontrées. Néanmoins, il nous informe sur la grandeur des montants qui peuvent être nécessaires pour effectuer certaines opérations et certains soins transaffirmatifs.

Remboursement et soins psychologiques

Les soins psychologiques sont jugés par beaucoup comme difficilement accessibles faute de remboursement. Au-delà de l'aspect remboursement, l'accès à ces soins est également complexifié par la paucité de services professionnels *safe* et disponibles. De manière générale, les psychologues et centres de prise en charge psychologiques sont débordés et ont régulièrement de longues listes d'attente, et il s'avère que trouver la personne adéquate n'est pas toujours aisé pour les personnes LGBT (entretien 17 mai 2024, Liège ; 4 juin 2024, périphérie liégeoise, *focus group* santé, 28 mai 2024, Namur). Nous reviendrons sur la question de la santé mentale dans la section suivante.

La PrEP : un remboursement conditionné

Un autre élément qui bénéficierait d'un changement de régime, d'après plusieurs personnes interviewées, concerne la PrEP (Pré-Exposition Prophylaxie, ce traitement empêche le VIH de se développer et de se fixer dès son entrée dans le corps²⁵²) qui ne peut pas encore être prescrite par des médecins généralistes (techniquement, elle peut l'être, mais la personne n'est pas remboursée de la même manière) et ne reste accessible financièrement que si les individus se rendent dans des centres spécialisés.

« Donc c'est la PrEP, oui, le remboursement, c'est uniquement par les centres de référence SIDA, je ne sais pas si c'est stigmatisant, mais en tout cas, les centres sont saturés, les délais d'attente sont longs, et en France, c'est passé en médecine de ville, et donc, vu qu'on s'aligne toujours sur la France, à mon avis, d'ici quelques années le remboursement pourra aussi être faisable en médecine générale [...] Mais, vu que ça a toujours été dans les centres de référence SIDA, les généralistes ne sont pas formés sur la PrEP et ne savent pas comment ça marche spécialement. Donc même si la loi change dans 5 ans pour qu'on puisse prescrire et que ce soit remboursé en médecine générale, parce qu'on peut prescrire, mais c'est 400 balles par mois si c'est nous qui le faisons » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Cette centralisation pose d'autres obstacles à l'accès, par exemple la disponibilité (les centres sont surchargés) et la proximité géographique de leur emplacement. Bien qu'il en existe un certain nombre, ces centres ne sont pas forcément bien répartis sur le territoire. Par exemple dans la province du Luxembourg il n'existe que deux centres : un à Arlon et un à Libramont. Notons que cela n'est pas systématiquement remboursé et qu'il faut un accord de la mutuelle pour pouvoir accéder au remboursement de ce traitement durant une année²⁵³.

L'impact du parcours de soins sur la santé mentale, et la mise en place de stratégies alternatives

De manière générale, il faut rappeler ce qui a été exposé précédemment : les personnes LGBT souffrent généralement d'une moins bonne santé (y compris santé mentale). Le fait d'appartenir à une minorité crée un stress accru pour la personne (le « stress des minorités »). Ce stress peut entraîner des répercussions sur différents aspects de la vie de l'individu qui le subit : stabilité relationnelle, stabilité de l'emploi, épuisement, anxiété, et parfois (tentative de) suicide. De plus, les différentes manières de « gérer » (*cope*) ce stress associé au fait d'appartenir à une minorité peuvent elles-mêmes être sources de risques tant pour la santé physique que la santé mentale. Certaines personnes développent effectivement des assuétudes (drogue, alcool, etc.). Parfois, les personnes

²⁵² Plateforme Prévention Sida, disponible à l'adresse suivante : <https://preventionsida.org/fr/protection/la-prep/> (consulté le 27 août 2024).

²⁵³ *Ibid.*

vivent également dans une grande précarité et ont un parcours de vie parsemé de ruptures (risque de rupture familiale – qui engendre une précarisation financière accrue si on est toujours en situation de dépendance financière parentale – interruption des études ou perte d’emploi, perte de logement etc.). Ces différents éléments ne sont pas sans conséquence sur la santé mentale des personnes concernées.

À cela s’ajoute le fait que le véritable parcours du combattant au sein du système de santé – qui comprend une multitude de barrières et de freins – contribue d’autant plus à la détérioration de l’état de santé mentale de ce public déjà fragilisé. Les obstacles à l’accès aux soins ne sont donc pas à négliger, comme nous avons pu le voir dans les sections précédentes. Se pose notamment la question de la qualité de l’interaction entre le corps médical et la patientèle. Faire face à des acteurs professionnels non-formés et susceptibles de s’adonner à des comportements et des réflexions porteurs de discriminations contribue à alimenter le stress et les appréhensions qui entourent les consultations et rendez-vous médicaux, comme les interactions avec les institutions de manière plus générale.

Face à cette situation, plusieurs choisissent alors de renoncer aux soins, de cacher leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre lors des consultations médicales, et/ou de mettre en place des stratégies de contournement, d’entre-aide et de débrouille pour lutter contre leur marginalisation dans les institutions médicales classiques. Cela étant, si ces stratégies sont mises en place, elles relèvent d’une forme de « survie » et leurs conséquences sur la santé mentale ou l’épuisement des personnes n’est pas à négliger.

Vivre le parcours de soins comme un parcours du combattant : les effets sur la santé mentale

La majorité des personnes interviewées témoignent de l’effet négatif sur leur santé mentale du parcours de soin, et spécifiquement, des difficultés liées à accéder à la transition.

Concernant les personnes trans, plusieurs éléments doivent être soulignés.

Premièrement, plusieurs témoignent effectivement sur le mal-être qu’ils et elles ont pu ressentir au moment où le questionnement quant à leur identité de genre émerge. Très jeunes, leur santé mentale est fragilisée par l’intériorisation d’une série de stéréotypes ou de perceptions biaisées d’eux et elles-mêmes (« Et donc, dès mes 12 ans, j’ai eu un froid. J’ai eu un... Est-ce que ça va être ça ma vie ? Ça m’a fait bizarre. Du coup, j’ai gardé en tête pendant longtemps, j’ai intériorisé cette idée que j’étais un pervers. », entretien 17 mai 2024, Liège). Les personnes expérimentent donc une forme de mal-être totalisant (beaucoup parlent de dépression) avant la transition :

« Et du coup, oui, à mes 20 ans, je n’en pouvais plus. J’ai lâché l’université, je me suis trouvé un petit job, j’ai économisé et puis j’ai transitionné » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Deuxièmement, au-delà du mal-être ressenti personnellement, l’impact des services de santé avec qui les personnes sont en contact est crucial. Plusieurs témoignent de comportements ou de remarques déplacées de la part du corps médical – qui rappelons-le, est dans une position de pouvoir par rapport à leur patientèle (non seulement parce qu’il est détenteur de l’accès à la transition et d’autre part, parce que le corps médical est – en principe – le détenteur des connaissances) – ce qui peut contribuer à fragiliser plus encore les personnes d’un point de vue psychologique. Il semble donc crucial de conscientiser et de former le corps médical à ce sujet :

« le Docteur [X], lui avait dit qu'elle ne pourrait jamais réellement ressembler à une femme alors qu'elle a 16 ans. Ce qui est fou, Non seulement c'est un jugement physique qui n'a pas sa place pour un professionnel de la santé, c'est un psychiatre, mais en plus, il a tort [...]. Donc cette remarque, non seulement elle n'a pas sa place dans un contexte professionnel, mais en plus, elle est fautive. Elle est complètement fautive et elle sert à décourager clairement, elle sert à... C'est un obstacle de plus. Et même si elle, elle a surpassé cet obstacle, [...] elle se rappellera toujours que quand elle a voulu commencer, un professionnel lui a dit qu'elle ne ressemblera jamais à une femme » (entretien du 17 mai 2024, Liège) ; « Du coup, j'ai commencé à voir certaines de ces personnes et j'étais très touchée par leur parcours, parce qu'il y avait, par exemple, des personnes qui avaient vu X, une dizaine parfois, de psychologues, entre les psychologues qui leur donnaient d'autres adresses pour avoir d'autres avis, des psychologues qui leur disaient : Ça va vous passer, c'est dans votre tête, mais ça va vous passer, vous n'êtes pas comme ça » ou ce genre de choses. Ces personnes étaient de plus en plus mal avec parfois des personnes qui avaient fait des tentatives de suicide » (entretien du 4 juin 2024 avec un planning familial, périphérie liégeoise) ; « (Juliette) Du coup, le moment où la personne te dit qu'elle ne veut pas que tu prennes d'hormones, c'est le moment que tu identifies comme menant à une difficulté dans ta santé mentale ? (Interviewée) : Un déclin complet. Je me suis enfermé pendant des semaines chez moi, sans sortir, jusqu'à ce que j'aie plus à manger chez moi. Je n'avais plus du tout confiance en aucun je n'avais plus envie de sortir et je contemplais le suicide. Je pense que c'est le plus proche que je n'ai jamais été de suicide » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Comme l'illustrent les extraits d'entretien cités, le corps médical a une vraie responsabilité dans la manière dont il prend en charge les personnes.

Troisièmement, la transition est parfois perçue comme une libération et une manière de vivre enfin en étant soi-même : « (Juliette) Oui, il y a des chercheurs qui mettent en avant, notamment au Canada, que le fait d'avoir accès aux hormones est un facteur de prévention du suicide. (Interviewée) Clairement... Tu sais quoi ? Moi, je vais le dire, ça m'a sauvé la vie et je ne suis pas la seule à le dire. C'est clair » (entretien du 17 mai 2024, Liège). Pour autant, transitionner n'est pas facile d'un point de vue psychologique et peut susciter des paniques et de l'anxiété :

« Mais c'est un stress supplémentaire. Et souvent, quand on est un peu mal dans sa peau comme moi, transitionner, ce n'est pas le truc le plus évident. Parce qu'on se dit : Oui, effectivement, ça va sûrement nous aider. Mais en même temps, il y a aussi la question de : Tiens, je ne m'aime pas maintenant. Pourquoi je m'aimerais après quand je ressemble à autre chose ? Ce sont des questionnements qui s'entremêlent vachement. [...]. Je dirais que le fait que ça impacte ma vie relationnelle, affective, de couple, sentimentale, oui, déjà, si ça rend plus compliqué, le fait d'être en couple et d'être avec quelqu'un et tout ça, et qu'on se sent très seul. [...] Donc, quelque chose qui est assez étonnant, c'est que j'ai commencé mes crises de panique de plus en plus sévèrement avec la transition. On pourrait se dire que c'est bizarre puisque j'allais mieux, mais en fait, non, justement, j'allais mieux. Je ressentais plus de choses. Avant, j'étais dans un état léthargique, complet, une dépression totale de plusieurs années et une envie de suicide. En fait, je ne ressentais rien de rien. Vraiment, je ne ressentais rien. Du coup, quand tout à coup, J'avais un monde avec des choses auxquelles je tiens, que je commençais à faire attention à mon physique, que je commençais à avoir

peur de perdre mon chez-moi et que j'avais besoin d'un revenu pour conserver cette vie. Le stress était insoutenable et j'ai commencé à faire des crises d'anxiété assez fortes » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Une autre personne témoigne également : « Parce que c'est vrai qu'il faut avoir le mental et le caractère pour pouvoir résister. Mais comme on dit, dans ces moments-là, quand j'ai eu mes périodes noires et que j'avais envie de me suicider » (entretien du 1^{er} juillet 2024, Brabant wallon). Comme la transition peut aussi être une source de stress et affecter la santé mentale des personnes, il semble utile de faciliter l'accompagnement de ces personnes tant par un ou une professionnelle *formée* (!) que par des groupes de soutien entre personnes concernées, etc.

Plusieurs acteurs rencontrés rappellent l'important **taux de suicide**, particulièrement au sein des personnes transgenres : « Tout comme il y a plus de chances aujourd'hui, malheureusement, de commettre un suicide quand on est une personne trans » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons) ; « Le taux de suicide pour les personnes transgenres, reste énorme. Et dans le public aussi LGBT, de manière plus large, le taux de suicide est beaucoup plus important aussi, parce qu'ils n'ont pas pu être entendus en termes de santé mentale. C'est atroce » (entretien du 4 juin 2024 avec un planning familial, périphérie liégeoise). Malheureusement, la Région wallonne ne diffère pas des autres régions du monde sur cette question. Les personnes transgenres (et LGBT plus largement) sont effectivement plus précarisées en termes de santé mentale, et sont rarement accompagnées psychologiquement de manière adéquate.

Concernant la santé mentale des personnes LGBT en général, un autre élément (que nous avons déjà abordé précédemment dans la section « accès informationnel ») doit être approfondi. À plusieurs reprises, les personnes rapportent une forme de fatigue par rapport aux aménagements qu'elles mettent en place pour que leurs entretiens médicaux se déroulent du mieux possible. Plusieurs stratégies – qui ont chacune leur coût en termes d'énergie et de charge mentale – sont effectivement mobilisées par les personnes. Comme nous l'évoquons dans la prochaine sous-section (cf. *infra*), certains choisissent de ne pas dévoiler leur identité/expression de genre ou leur orientation sexuelle, pour ne pas « brusquer » la personne qui se trouve en face d'eux ou d'elles :

« Et surtout, j'ai l'impression qu'on fait beaucoup d'efforts pour ne pas brusquer les gens qui ne sont pas LGBT. Plutôt que nous, nous mettre en confiance, on fait beaucoup d'efforts pour les autres parce qu'on ne veut pas être la personne qui annonce ça d'un coup et tout ça. Et alors que ce serait complètement normal, sauf qu'il y a des gens qui peuvent mal le prendre. Nous, on prend énormément de pincettes, finalement, pour un truc qui nous concerne, pour que les autres ne soient pas dans le choc... [...] C'est un peu ironique » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons).

Pareillement, un autre relève la fatigue liée à cette charge mentale de devoir encore expliquer au médecin :

« Mais c'est vrai que c'est toujours un peu chiant de se dire : je vais chez le médecin, je vais encore devoir expliquer [mon orientation] » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

La formation du secteur de la santé transparait donc clairement comme un élément qui permettrait de soulager la charge mentale des personnes LGBT et de favoriser leur prise en charge en matière de santé.

Problème de confiance et non-dévoilement lors des consultations médicales

L'ensemble des barrières qui caractérisent le parcours de soin des personnes LGBT – et plus spécifiquement, la peur d'être discriminées, jugées, non comprises et non prises au sérieux par le corps médical – contribuent à alimenter **la perte de confiance dans le système de santé**. En effet, comme cela est identifié dans la littérature, le manque de confiance et l'appréhension envers le corps médical sont fort courants parmi les personnes LGBT :

« On a déjà été malmené par les médecins et on ne sait pas forcément à qui on peut faire confiance » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Comme l'exprime une autre personne, la relation entre « patient ou patiente » et « médecin » est souvent génératrice d'appréhensions :

« Déjà en temps normal, en tant que personne, si cis/hétéro ou quoi que ce soit, on a déjà toujours une espèce d'appréhension. Mais quand on rajoute la dimension de genre ou d'orientation, ça accroît d'office les sensations un peu de 'comment ça va se passer, comment tout va se mettre en place, est-ce que les demandes ou les questions qu'on va avoir vont être vraiment prises au sérieux ? ' [...] Ça peut parfois être davantage..., ça peut générer un facteur de stress davantage » (entretien du 13 juin 2024, après-midi, Hainaut).

La cis/hétéronormativité du système de soins de santé ressort assez bien de ces témoignages où les personnes conscientes de ne pas rentrer dans la norme appréhendent fortement les rencontres médicales :

« Mais c'est sûr que, encore aujourd'hui, il y a des soins ou des visites médicales que je dois faire dans d'autres cadres où il y a un peu une appréhension en se disant : 'Voilà, comment ça va se passer ?' » (entretien du 17 mai 2024, Liège) ; « Et même, si tu as peur d'aller chez le psy parce que tu ne sais pas comment il va réagir par rapport à ta transidentité, autant ceux qui minimisent, qui invisibilisent, que ceux qui vont limite fétichiser cet aspect-là et dire : 'C'est bien, tu dois t'assumer, let's go et tout', mais sans fournir de vrais outils pour se sentir mieux » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons) ; « C'est vrai que ça reste parfois un peu pénible de se dire : 'Je vais aller là... ah merde, on va encore me questionner là-dessus.' Or, il y a plein d'endroits où ce n'est plus tellement le cas et où ça se passe facilement... » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

Par conséquent, il arrive souvent que des personnes qui ont un ou une médecin de famille qui les suit depuis toujours ont **très peur de parler de leur sexualité ou, de manière encore plus accentuée de leur transition** :

« J'ai l'impression qu'il ne me comprendra pas. C'est le médecin qui me suit depuis que je suis enfant. Il me connaît en tant que, par exemple, je ne sais pas, Michael ou Samantha et pas en tant que... » (entretien du 4 juin 2024 avec un planning familial, périphérie liégeoise).

Parfois, les personnes ne font pas confiance à leur médecin pour qu'il garde le secret médical, surtout si c'est un ou une médecin qui soigne le reste de la famille et les parents.

De façon générale, il est possible d'observer qu'un nombre important de personnes rencontrées se trouvent dans **une situation de « non-dévoilement » de leur orientation sexuelle ou de leur identité/expression de genre lors de leurs interactions avec le corps médical :**

« Pour le coup, là, mon médecin n'est pas au courant. Je ne suis pas *out* auprès de mon médecin. Dans le sens où moi, je vais assez peu chez le généraliste [...], je n'ai jamais eu de gros problèmes médicaux. Du coup, moi, je ne suis pas à *out* auprès de mon médecin et je sais que les pronoms... Moi, je m'accommode encore assez bien du prénom il, parce que je l'ai eu pendant longtemps » (entretien du 13 juin 2024, matin, Mons).

« Maintenant, mon médecin traitant n'est pas au courant. Sauf qu'il voit dans mon dossier médical global que je suis sous PrEP et il voit mes analystes de PrEP qui circulent, mais il ne m'a jamais posé la question. (Juliette) : Donc c'est une non-discussion avec votre médecin. (Interviewée) : Voilà. Forcément, il se doute. On ne prend pas de la PrEP juste comme ça. Il se doute, mais il n'a jamais abordé le sujet ouvertement, et moi non plus, en partie par peur. Je le crois un peu calotin sur les bords, donc j'aurais peur qu'ils me foutent à la porte » (entretien du 19 juin 2024, Hainaut) ; « Déjà, il y a beaucoup de personnes qui n'osent pas parler à leur médecin traitant ouvertement de leurs pratiques ou de qui ils sont, si on parle de personnes trans aussi, parce qu'ils ont peur d'être jugés, ils ne se sentent pas en confiance. Donc, ils ne peuvent pas être soignés à bon escient, puisqu'ils ne peuvent pas être eux-mêmes » (entretien du 4 juin 2024 avec un planning familial, périphérie liégeoise).

Généralement, les personnes expriment une gêne qui est ressentie vis-à-vis des institutions et du corps médical, notamment par les personnes transgenres :

« J'avais peur d'aller voir certaines institutions. Je me souviens que quand j'allais voir ma dermato, je me faisais toute petite parce que l'idée de venir en tant que femme alors que j'avais de la barbe et que je venais pour ça, je me sentais mal. Je regardais le sol, je l'écoutais à peine, j'avais peur. J'étais intimidée parce que c'était une femme et que moi, je venais et je disais : Je suis une femme avec ma barbe. C'était bizarre. Donc, effectivement, je me suis dit : Je suis une femme trans parce que j'ai envie de... OK, je ne suis pas folle, je sais bien que je suis une femme trans » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Ce rapport aux institutions (ici de soins, mais ce ressenti s'étend aux institutions de divers domaines) pose question : il reste problématique que beaucoup n'osent pas avoir un dialogue franc avec leur médecin. Ceci représente un véritable facteur de précarité en matière de santé pour ces personnes. On peut aussi arguer qu'il est difficile pour un ou une médecin de soigner les personnes de manière adéquate, sans avoir accès à l'ensemble des informations les concernant. Précisons toutefois que la responsabilité de cette absence de communication – qui est largement documentée dans la littérature – ne doit pas reposer sur les épaules des personnes LGBT concernées. Il semble en effet que des mesures concrètes doivent être prises par les autorités publiques de manière à remédier à cette situation (formation du corps médical à l'accueil, etc.). Comme le résume très justement une personne lors d'un entretien :

« Je trouve que justement, c'est là où il y a potentiellement toute une série de jeunes ou de moins jeunes avec une sexualité qui n'est pas 'outée', qui n'est pas assumée et où il faut ce contact de première ligne. Et où il faut qu'il y ait des endroits, des *safe spaces* comme ça, où on peut aller chez son médecin et poser ces questions-là en disant : 'Vous savez, en fait,

ouais, j'ai ma femme, mais je vis autre chose à côté' ou bien : 'J'ai 19 ans, je ne m'assume pas et je fais de plans cul à tire-larigot, de manière complètement peut-être sauvage.' Ouais, c'est ça. Ou en tout cas sans peut-être même comprendre réellement les risques. Parce que c'est là que c'est lié à la question de la précarité, finalement » (entretien du 24 mai 2024, périphérie liégeoise).

Face aux discriminations et au sentiment de rejet, il n'est pas rare que les personnes LGBT renoncent aux soins, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant :

« Un psychologue a tenu des propos qui ne m'ont pas plu et donc je me suis senti rejeté. Et justement, on parlait de mon homosexualité. Il a tenu des propos qui ne m'ont pas plu. Si je me souviens bien, c'était au niveau de la féminité de l'homme. Donc, ça lui posait problème au niveau du psychologue, qu'un homme ne doit pas être efféminé, qu'un homme, c'est comme ci, comme ci, comme ci, comme ci, comme ci. Et donc que l'homosexualité, c'est voulu, que ça vient de la famille. Et donc, ces propos-là, je ne me sentais pas bien. Je trouvais que c'était très déplacé. Et donc, un temps, j'ai refusé d'aller prendre soin de moi au niveau des institutions médicales, pendant un temps » (entretien du 7 juin 2024, périphérie liégeoise).

Les stratégies alternatives : le DIY en matière de transition hormonale

Pour s'affranchir du corps médical et de la centralisation de l'expertise (ou l'absence d'expertise accessible, c'est selon) concernant la transition hormonale, **certaines personnes participent à des groupes d'entre-aide et d'auto-support de *Do-it-yourself***. Concrètement, ces personnes essaient de devenir autonomes et actrices de leur transition en développant une expertise qui leur est propre. Cette manière de fonctionner « sous les radars » consiste à s'approvisionner en hormones de manière informelle (réseaux ou internet) et à apprendre à gérer, doser et analyser son suivi hormonal :

« *Le do it yourself*, c'est plus pour dire : Vérifiez ses propres hormones. Ça ne veut pas dire les faire. Je ne fais pas d'hormones dans ma salle de bains. Ça veut juste dire les commander en ligne et le faire soi-même plutôt que passer par les experts médicaux. [...] On fait énormément de documentation autour des injections pour que les gens prennent le moins de risques possible. Parce que les injections, c'est mettre une grosse aiguille dans son corps, il faut que ce soit bien fait. Mais du coup, j'ai dû me procurer ça en ligne. Et ça, ce n'est pas remboursé, évidemment. Un cout en plus. Non, franchement, ce n'est pas extrêmement cher. [...] le *do it yourself*, c'est quand même un gros morceau, c'est quand même beaucoup de documents à lire, beaucoup de documents à connaître et à bien faire, parce qu'il ne faut pas faire d'erreur. Ce n'est pas non plus la mer à boire. Ce n'est pas un cursus universitaire, mais il faut savoir où mettre l'aiguille, il faut savoir comment, il faut savoir ce qu'on préfère, il faut savoir les dosages, il faut savoir vérifier ces dosages et surtout, il faut savoir toutes les précautions, comment bien... Comme on dit encore ? Désinfecter la zone, stériliser la fiole, bien la conserver. C'est beaucoup d'étapes qui sont toutes importantes. Encore une fois, c'est une des aiguilles qu'on se met dans le corps » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Notons que cette pratique illégale, de notoriété publique, ne déroge pas à ce qui est observé dans d'autres contextes nationaux comme mentionné dans la revue de littérature. Ce qui, à nouveau, met en exergue la marginalisation et l'invisibilisation accrue que vivent les personnes transgenres.

Notons également que cette situation n'est pas inconnue du corps médical. Cette pratique a d'abord et avant tout commencé parce qu'il n'était pas possible d'accéder aux traitements (qui sont pourtant considérés comme satisfaisants pour les personnes) facilement et notamment, l'accès légal à la thérapie hormonal injectable est un problème en Belgique étant donné qu'ils ne sont pas disponibles légalement sur le marché des médicaments belge. Dans nos témoignages, ces traitements sont souvent utilisés par les personnes qui opèrent une transition féminisante, et qui préfèrent utiliser une hormonothérapie injectable :

« Et puis, il y a surtout au niveau de certains traitements qui ne sont pas disponibles en Belgique. Il y a les injectables, les œstradiols en injectables. C'est disponible dans certains pays européens, mais pas en Belgique. Et donc, il y a des réseaux d'autosupport qui commandent ces produits-là. Ils les font parfois tester dans les laboratoires au Canada ou autre. Et puis, ils s'occupent de la logistique, de déployer ça pour que d'autres personnes, que d'autres meufs trans puissent avoir accès, montrent comment on fait les injections, partagent de la documentation. Et il y a vraiment toute une... expertise communautaire et toute une logistique assez impressionnante qui s'organise là-dessus, mais qui est parfaitement... [Juliette : en dehors des radars] » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Plusieurs raisons poussent ces personnes à prendre en main leur transition hormonale : d'une part, ces traitements injectables ne sont pas disponibles sur le marché belge – notamment parce que ce marché de personnes trans est invisible pour les producteurs. Effectivement, il semble que les producteurs de médicaments ne considèrent pas qu'il y ait un marché à prendre vu que le public – en dehors du cadre de la transition de genre – qui a besoin de ce type d'hormones sont des femmes cisgenres ménopausées qui préfèrent utiliser d'autres méthodes de prises (pilules, patchs hormonaux) plutôt que l'injection hormonale :

« Et le problème, c'est que même s'il y avait une demande d'autorisation de mises sur le marché, c'est que ça va être pour des meufs cis. C'est-à-dire que les traitements hormonaux actuellement, les transitions, c'est hors autorisation de mise sur le marché, c'est hors FCP. Et ça fait partie d'une pratique qui est établie, donc ça va. Ça n'a même pas de mise sur le marché pour ça, et donc, va-t-on convaincre une entreprise pharmaceutique de faire une demande de, toute la paperasse monumentale qui va, pour un public qui n'existe pas, qui est leur public principal, afin qu'un public autre s'en serve hors autorisation de mise sur le marché » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Ceci participe d'ailleurs à l'invisibilisation accrue des femmes transgenres et renforce l'idée selon laquelle le système de soins est empreint de cisnormativité.

Les barrières à la transition posées par le corps médical (médecins, psychologues, endocrinologues) peuvent être multiples et avoir comme conséquence de retarder la transition. Fatiguées de cette situation, certaines personnes choisissent alors de **se tourner vers des réseaux informels pour entamer leur transition**. Ces réseaux – constitués *par* des personnes trans *pour* des personnes trans – ne font pas seulement offices de lieu d'approvisionnement, mais présentent bien plus pour les personnes qui vivent une transition de genre :

« Et une fois qu'on a pu avoir un échange, que les gens étaient très bienveillants, qu'il y a vraiment eu une compréhension de la demande, oui, ça, c'est sûr que l'accès à cette

association, l'accès au... Ça a été quelque chose, comme je le dis, qui était salvateur, ça, c'est clair » (entretien du 13 juin 2024, après-midi, Hainaut).

Il peut effectivement s'agir de lieux de soutien mutuel, où la parole est libérée, où chacun ou chacune apprend des expériences des autres et où un véritable savoir-faire sur son corps est développé.

« Les gens viennent [...] à notre local et au départ, pendant plusieurs heures, on discute. Et c'est d'abord un lieu d'échange et de paroles, d'amitié, surtout parce qu'on ne connaît pas tout le temps des personnes comme nous et ça fait du bien de rencontrer. Et puis, on s'organise aussi pour tout ce qui est médical. C'est-à-dire que, comme j'ai expliqué, on récolte les médicaments, on fait des commandes en ligne et on fait de la documentation. Non seulement on fait de la documentation en faisant des formations à l'oral, mais on fait également de l'ex cathedra, donc on fait également de la documentation pour avoir en ligne et sur papier et sur flyers » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Dans un contexte institutionnel violent vis-à-vis des personnes transgenres, ce type de réseaux constitue une véritable bouée leur permettant de vivre plus sereinement la transition :

« Je suis très proche de certaines institutions qui reçoivent des subsides avec lesquelles je parle très ouvertement de ce que je fais. Elles envoient des gens vers moi parce qu'elles ne peuvent pas faire certaines choses que je fais. [...] Elles n'ont pas d'autres solutions. C'est-à-dire qu'elles voient bien que les médecins, ça va être trop lent pour certaines personnes et elles envoient des gens vers moi. Parfois, les gens vont demander à avoir accès à des choses qui sont plus illégales. Elles ne peuvent pas se le permettre, donc elles vont envoyer vers moi. Et moi, dans l'autre sens, j'ai envoyé des gens vers elles parce que ces institutions reçoivent des subsides qui sont très importants et elles sont capables de faire des choses que je ne serais jamais capable de faire et que notre groupe ne sera jamais capable de faire. Notre groupe est plutôt important. Je pense aussi que c'est très important que le gouvernement ne mette pas trop son nez dedans parce qu'on fait un impact positif, je pense, pour la communauté » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

Si ces réseaux sont connus de membres du corps médical, ils sont relativement bien accueillis et peuvent opérer parfois en bonne entente avec des médecins qui se chargent de prescrire les prises de sang, de lire les analyses et de suivre la santé des personnes dans ce cadre, dans une démarche « de réduction des risques » :

« OK, ce n'est pas légal, je ne suis pas sûr de ce qu'il y a dedans exactement, ça a l'air de marcher et voilà ce qu'on peut faire pour faire en sorte au moins de vérifier qu'il n'y a pas d'impact négatif du traitement sur ta santé » (*focus group* santé du 28 mai 2024, Namur).

Si la nécessité pousse des personnes à se tourner vers des réseaux informels, les groupes d'auto-support les encouragent toutefois à voir leur médecin généraliste régulièrement et à ne pas procéder seules à la transition, sans aucune assistance médicale (ne serait-ce que pour les prises de sang). Selon elles, la ou le médecin généraliste doit être considéré comme un véritable partenaire de la transition :

« Je pense qu'il faut voir un médecin généraliste parce que c'est important d'avoir quand même un professionnel avec qui discuter de nos prises de sang et surtout, ne pas avoir peur d'en parler avec un professionnel si on fait une bêtise. Et surtout, c'est rassurant et ça

permet d'avoir quelqu'un pour aider s'il y a un problème qu'on n'aurait pas vu. Mais en même temps, d'éviter de passer par les psychiatres et les endocrinologues et de vraiment avoir un parcours médical parce que c'est libérateur. Et surtout, c'est notre corps. Le médecin généraliste, ce n'est pas une autorité sur nos transitions, c'est vraiment un partenaire. Et c'est la relation qu'il nous faut avec le service médical, en fait. Ce sont des partenaires, ce n'est plus des autorités. On essaie de se libérer. On essaie de se libérer du carcan du genre et de la binarité du genre. [...] Clairement, je pense cette relation avec le *do it yourself* et le médecin généraliste, c'est bien plus sain » (entretien du 17 mai 2024, Liège).

VIII. RECOMMANDATIONS

Sur la base de cette recherche, nous formulons plusieurs recommandations à destination des pouvoirs publics.

En matière de logement

- En concertation avec la Fédération Wallonie-Bruxelles, réfléchir à l'abaissement de l'**âge minimum requis** pour pouvoir **solliciter l'aide d'un Refuge** (actuellement 18 ans), et/ou à la constitution de structures d'accueil spécifiques, afin d'accueillir **les personnes mineures LGBT de 16-17 ans** – un âge où il n'est pas rare qu'une rupture familiale survienne à la suite de conflits liés à l'orientation sexuelle, l'identité de genre et/ou l'expression de genre ;
- **Pérenniser de manière pluriannuelle le financement** des Refuges, et ainsi limiter la dépendance aux subventions facultatives, qui fragilisent ce type de structures ;
- Œuvrer à la constitution d'un **maillage territorial de Refuges** sur le territoire wallon (à l'heure actuelle, il n'y en a qu'un à Charleroi et un à Liège) ;
- En concertation avec l'Autorité fédérale, adopter une **conception large** de la notion de **rupture familiale** – qui ne se cantonne pas à la forme d'une mise à la porte *manu militari* – , notamment lorsqu'une jeune personne LGBT est amenée à devoir prouver cette situation de rupture afin de bénéficier de droits sociaux ;
- En concertation avec l'Autorité fédérale, réviser, améliorer et uniformiser **la procédure de sollicitation d'une adresse de référence**, en tenant compte des difficultés mises en évidence par les acteurs de la société civile et du monde académique (telles que le haut taux de non-recours) ;
- Développer la **formation continue du personnel des structures généralistes** d'accueil et d'hébergement (telles que les maisons d'accueil et les abris de nuit) à la thématique de l'accueil des personnes LGBT ;
- Encourager **la mise en réseau** entre les structures généralistes d'accueil et d'hébergement, le secteur associatif LGBTQIA+ (Maisons Arc-en-ciel, etc.) et certains services de soins (maisons médicales, centre de dépistages, médecins spécialistes, etc.) ;
- Questionner **l'organisation binaire et cisnormée** des structures généralistes d'accueil et d'hébergement, en étudiant notamment l'opportunité de recourir plus fréquemment à l'usage des **chambres individuelles** ;
- Rendre **obligatoire l'usage de la « fiche de candidature** reprenant les renseignements des candidates ou candidats locataires et devant être complétée après la visite du bien » (un document élaboré par Unia, le SPW, Federia, et l'IEFH), afin d'encadrer au mieux la requête des données générales, et de limiter ainsi les risques de discrimination lors de la sélection du preneur d'un logement ;
- Étudier l'opportunité de préciser, dans le corpus législatif wallon du bail, **la temporalité de la requête des données générales** des candidates et candidats locataires (avant la visite/à l'appui de la candidature/après la visite), dans la lignée de la typologie de l'ordonnance bruxelloise du 9 juin 2022 ;

- Prendre conscience que **la lutte contre la crise globale du logement** – notamment à travers **l’encadrement des loyers** – aura un impact positif sur l’accès au logement des personnes LGBT en situation de précarité.

En matière de santé

- En concertation avec la Fédération Wallonie-Bruxelles, **former les professionnelles et professionnels de la santé** (médecins, psychologues, etc.) – à travers des formations continues et le cursus de base en médecine –, selon trois axes :
 - Organiser, à destination des professionnelles et professionnels de la santé, une **formation transversale sur le genre**, sur la cisnormativité institutionnelle, ainsi que sur la prégnance de celle-ci au sein des pratiques médicales ;
 - Conscientiser et former les professionnelles et professionnels de la santé à **la prise en charge informationnelle** des personnes LGBT, en mettant notamment l’accent sur la **connaissance des parcours de transition** (et des soins qui doivent être prodigués dans ce cadre) ;
 - Former plus de professionnelles et de professionnels de la santé **aux actes techniques** (opérations chirurgicales, *voice training*, etc.) **liés à la transition de genre**, et **former la première ligne au suivi des traitements hormonaux** dans le cadre de la transition de genre ;
- Systématiser la **mise en réseau des professionnelles et professionnels et des institutions de la santé**, en poursuivant un double objectif :
 - Stimuler le **partage de connaissances et de pratiques** entre ces acteurs de santé ;
 - Encourager les collaborations entre les structures de santé pour **éviter l’errance** – c’est-à-dire éviter que la personne ne soit renvoyée d’un service à l’autre, sans cohérence –, et ce dans l’optique de faciliter l’accès aux soins et à la prise en charge ;
- **Rendre l’information** concernant les soins propres aux différentes sexualités, aux parcours de transition et aux transidentités, **accessible au public cible** par la diffusion de fascicules informatifs dans les maisons de jeunes, les centres PMS et les maisons médicales, ainsi que sur les réseaux sociaux de ces structures ;
- **Questionner la cisnormativité institutionnelle, tant physique qu’informatique, du système de soins de santé** :
 - En concertation avec l’Autorité fédérale, réfléchir à **l’articulation entre les codes INAMI et le genre indiqué sur la carte d’identité**, afin de faciliter l’accès aux remboursements (et donc aux soins) pour les personnes qui suivent un parcours de transition ;
 - En concertation avec les structures associatives et militantes et les institutions hospitalières, réfléchir à **l’organisation genrée des chambres d’hôpitaux** et à l’opportunité de prendre en charge, de manière systématique, les personnes en parcours de transition en chambre individuelle (en respectant leur consentement) ;
 - En concertation avec les organisations militantes et associatives, mener une réflexion sur les **catégorisations induites par les infrastructures informatiques** utilisées par le corps médical, de manière à rendre ces logiciels inclusifs et détachés de toute conception cisnormative et hétéronormative ;

- En concertation avec l’Autorité fédérale et dans la continuité des recommandations formulées par Unia, **supprimer le critère d’exclusion des HSH** pour le don de sang ;
- **Favoriser la décentralisation des services de soins de santé spécialisés** (centre de référence SIDA, centres d’accompagnement de transidentités, etc.) :
 - Permettre à la **première ligne** (médecine générale) de **prescrire la PrEP**, au même titre que les structures de référence SIDA et au même taux de remboursement ;
 - En complément du soutien financier et institutionnel continu aux structures spécialisées existantes, **développer un maillage territorial d’ASI formées à recevoir des personnes LGBT** ;
 - Voir également les recommandations relatives à la formation et à la mise en réseau, *supra* ;
- **Élargir le champ de la prévention contre le VIH**, de manière à inclure les personnes transgenres et leurs pratiques (notamment en matière d’hormonothérapie injectable).

De manière transversale

- Financer des **recherches qualitatives et quantitatives** tant sur la **santé** des personnes LGBTQIA+ (en mettant l’accent sur les personnes trans et les personnes intersexes) que sur le **sans-abrisme et l’accès au logement** pour les personnes LGBTQIA+ en Région wallonne : les recherches sur la santé des personnes LGBTQIA+ ne doivent plus concerner uniquement des thématiques telles que les pratiques sexuelles et la prévention VIH, il faut également mettre l’accent sur les publics transgenres et les aspects médicaux de la vie de ces personnes (par exemple, sur les traitements médicamenteux, ou les recherches sur le cancer, le diabète, etc.) ;
- **Conditionner l’adoption de politiques publiques** pour les personnes LGBTQIA+ à la **concertation extensive du secteur associatif et militant représentant les personnes concernées** : les politiques publiques ne pourront être inclusives que si elles sont réfléchies, conçues et mises en œuvre **avec** les publics concernés, et particulièrement avec les publics les plus marginalisés (comme les personnes transgenres ou intersexes).

IX. CONCLUSION

Dans le cadre de cette recherche qualitative exploratoire, l'objectif était de dresser un état de la situation des expériences de précarité encourues par les personnes LGBT en matière de santé et de logement en Région wallonne. La récolte de données a eu lieu dans le cadre de deux *focus groups* avec des professionnelles et professionnels de la santé et du secteur du logement, de plusieurs entretiens semi-dirigés avec trois structures d'accueil (une spécialisée et deux généralistes) et un centre de planning familial, ainsi que de rencontres avec onze personnes LGBT qui vivent en Wallonie et qui ont expérimenté ou qui expérimentent toujours des formes de précarité en matière de logement et/ou de santé.

Le constat principal qui ressort de cette recherche est que **ce qui est observé par la littérature internationale ne diffère pas tellement de ce qui est vécu par les personnes LGBT en Région wallonne**. En matière de logement, la forme de sans-abrisme et de sans-chez-soirisme la plus courante est invisible : il s'agit du *couchsurfing*. Cela étant, au vu des limites du périmètre de notre recherche, nous ne pouvons exclure qu'il existe d'autres formes de sans-abrisme et de sans-chez-soirisme en Wallonie. En matière de santé, plusieurs freins à l'accès aux soins de santé ont été détaillés : beaucoup résultent notamment de l'absence de formation (continue et dans le cursus de base) adéquate du corps médical ainsi que de l'hétéronormativité et de la cisnormativité du système de soins. Nous observons également que les personnes LGBT adoptent alors deux attitudes différentes, selon les situations : soit elles renoncent aux soins, soit elles mettent en place des stratégies alternatives et communautaires de soins.

De manière générale, au-delà des recommandations précises formulées ci-avant (cf. section recommandations, *supra*), nous souhaitons attirer l'attention des pouvoirs publics sur deux dimensions transversales.

Premièrement, il est crucial de **financer de plus amples recherches – tant qualitatives que quantitatives – sur ces questions**, d'autant plus qu'observer les mécanismes d'exclusion des personnes LGBTQIA+ en matière de logement et de santé contribue à mettre en lumière des mécanismes d'exclusion plus larges qui sont présents dans notre société wallonne. En observant ces mécanismes, les pouvoirs publics seraient alors plus à même de répondre aux besoins de toutes et tous. Par ailleurs, vu l'architecture institutionnelle de l'État belge et le morcèlement des différentes sphères de compétences entre les niveaux de pouvoir, ces recherches plus approfondies bénéficieraient d'une compréhension des mécanismes structurels en ne se limitant pas aux seules compétences wallonnes.

Deuxièmement, nous plaçons pour que le développement des politiques publiques concernant les personnes LGBTQIA+ soit conditionné à **la concertation des personnes concernées et des associations représentant ces personnes**. Les politiques publiques adoptées n'atteindront leur cible que si elles sont construites à partir des observations de terrain – relevées tant par ce secteur professionnel que par les associations militantes. D'ailleurs, il semble utile de rappeler que la variété des vécus des personnes LGBTQIA+ ne peut se résumer au plaidoyer d'une seule organisation ou d'un seul pan de cette « communauté » : nous jugeons plutôt utile de rappeler aux autorités publiques l'importance de diversifier les interlocuteurs et interlocutrices privilégiés.

X. BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMOVICH, A., PANG, N. et MOSS, A., « Experiences of family violence among 2SLGBTQ + youth at risk of, and experiencing, homelessness before and during the COVID-19 pandemic », *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, juillet 2022, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19359705.2022.2076759> (consulté le 23 avril 2024).
- ABRAMOVICH A. et SHELTON J., *Where Am I Going to Go? Intersectional approaches to ending LGBTQ2S youth homelessness in Canada and the US*, 2017.
- ABRAMOVICH, I.A., « No Safe Place to Go - LGBTQ Youth Homelessness in Canada: Reviewing the Literature », *Canadian Journal of Family and Youth / Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, mars 2012, vol. 4, n° 1, pp. 29-51.
- ACEVEDO-POLAKOVICH, I.D. *et al.*, « Service Accessibility for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth », *Youth & Society*, mars 2013, vol. 45, n° 1, pp. 75-97.
- ALESSANDRIN, A. et ESPINEIRA, K., *Sociologie de la transphobie*, Genre, cultures et sociétés, Pessac, Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 2015, disponible sur <https://books.openedition.org/msha/4833> (consulté le 12 juillet 2024).
- ALMELING R., *Sex Cells: the Medical Market for Eggs and Sperm*, Berkeley, CA, University of California Press, 2011, disponible sur <https://www.ucpress.edu/books/sex-cells/hardcover> (consulté le 29 août 2024).
- ALY, « An Interactive Web Simulator for Estradiol Levels with Injectable Estradiol Esters », *Transfeminine Science*, juillet 2021, disponible sur <https://transfemscience.org/articles/injectable-e2-simulator-release/> (consulté le 12 juillet 2024).
- ANDERSON, A.R. et KNEE, E., « Queer Isolation or Queering Isolation? Reflecting upon the Ramifications of COVID-19 on the Future of Queer Leisure Spaces », *Leisure Sciences*, mars 2021, vol. 43, n° 1-2, pp. 118-124.
- AZAR, K.M.J. *et al.*, « Disparities In Outcomes Among COVID-19 Patients In A Large Health Care System In California », *Health Affairs*, juillet 2020, vol. 39, n° 7, pp. 1253-1262.
- BADGETT, M.V.L., CHOI, S. K. et WILSON, B.D.M., « LGBT Poverty in the United States », in J.A. REICH (éd.), *The State of Families*, 1^{re} éd., New York, NY : Routledge Books, 2021., Routledge, 29 décembre 2020, pp. 385-387, disponible sur <https://www.taylorfrancis.com/books/9780429674396/chapters/10.4324/9780429397868-75> (consulté le 24 juin 2024).
- BALEIGE, A. *et al.*, « Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France », *Transgender Health*, février 2022, vol. 7, n° 1, pp. 1-6.
- BALEIGE, A., GUERNUT, M. et DENIS, F., « Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, pp. 197-211.
- BAPN, *Priorités et attentes des personnes porteuses de vécu de pauvreté pour une politique européenne sociale forte : recommandations pour de meilleures politiques fédérales et européennes contre la précarité par le Réseau belge de lutte contre la pauvreté*, 2024
- BAUER, G.R. *et al.*, « “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, septembre

2009, vol. 20, n° 5, pp. 348-361.

BERDOUGO, F., GIRARD, G. et MARSICANO, É., « Santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, pp. 11-19.

BIDELL, M.P., « Is there an emotional cost of completing high school? Ecological factors and psychological distress among LGBT homeless youth », *Journal of Homosexuality*, 2014, vol. 61, n° 3, pp. 366-381.

BRAMLEY, G. et FITZPATRICK, S., « Homelessness in the UK: who is most at risk? », *Housing Studies*, janvier 2018, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02673037.2017.1344957> (consulté le 6 juin 2024).

BRAUN, V. et CLARKE, V., « Using thematic analysis in psychology », *Qualitative Research in Psychology*, janvier 2006, vol. 3, n° 2, pp. 77-101.

BUREAU DE LUTTE CONTRE L'HOMOPHOBIE ET LA TRANSPHOBIE DU QUÉBEC, *Lexique sur la diversité sexuelle et de genre*, 2023, disponible à l'adresse suivante : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/Violences/LEX-lexique-diversite-sexuelle_genre-FR-SCF.pdf (consulté le 13 août 2024).

BUTLER, J., *Bodies that matter: on the discursive limits of « sex »*, New York, Routledge, 1993.

CACERES, B.A. *et al.*, « Assessing and Addressing Cardiovascular Health in LGBTQ Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association », *Circulation*, novembre 2020, vol. 142, n° 19, pp. e321-e332.

CALTON, J.M., CATTANEO, L.B. et GEBHARD, K. T., « Barriers to Help Seeking for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Survivors of Intimate Partner Violence », *Trauma, Violence, & Abuse*, décembre 2016, vol. 17, n° 5, pp. 585-600.

CARPENTER, C.S., EPPINK, S.T. et GONZALES, G., « Transgender Status, Gender Identity, and Socioeconomic Outcomes in the United States », *ILR Review*, mai 2020, vol. 73, n° 3, pp. 573-599.

CASEY, L.S. *et al.*, « Discrimination in the United States: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer Americans », *Health Services Research*, 2019, vol. 54, n° S2, pp. 1454-1466.

CASTELLANOS, H.D., « The Role of Institutional Placement, Family Conflict, and Homosexuality in Homelessness Pathways Among Latino LGBT Youth in New York City », *Journal of Homosexuality*, 2016, vol. 63, n° 5, pp. 601-632.

CENTREPOINT, *Youth Homelessness Databank 2020 Report*, 2020, disponible sur <https://centrepoin.org.uk/media/4031/youth-homelessness-databank-2020-report.pdf>.

CHARTRAIN, C., « Protéger, prendre en charge et accompagner les jeunes LGBT », *Cahiers de l'action*, 2013, vol. 40, n° 3, pp. 37-53.

HEDON, C., *Avis du Défenseur des Droits sur la proposition de loi n°435 (2023-2024) visant à encadrer les pratiques médicales mises en œuvre dans la prise en charge des mineurs en questionnement de genre, déposée au Sénat le 19 mars 2024*, Défenseur des droits (République Française), 6 mai 2024.

CLATTS, M.C. *et al.*, « Homelessness and drug abuse among young men who have sex with men in New York city: a preliminary epidemiological trajectory », *Journal of Adolescence*, avril 2005, vol. 28, n° 2, pp. 201-214.

COCHRAN, B.N. *et al.*, « Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities: Comparison of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Homeless Adolescents With Their Heterosexual Counterparts », *American Journal of Public Health*, mai 2002, vol. 92, n° 5, pp. 773-777.

CONRON, K.J., MIMIAGA, M.J. et LANDERS, S.J., « A Population-Based Study of Sexual Orientation Identity and Gender Differences in Adult Health », *American Journal of Public Health*, octobre 2010, vol. 100, n° 10, pp. 1953-1960.

COUTY, P., « Qualitatif et quantitatif », *Bulletin de Liaison STATECO*, 1983, vol. 34, pp. 90-97.

CULL, MARK, PLATZER, HAZEL et BALLOCH, SUE, *Out on my own: Understanding the experiences and needs of homeless lesbian, gay, bisexual and transgender youth*, Brighton, University of Brighton, 2006, disponible sur <https://www.homelesshub.ca/resource/out-my-own-understanding-experiences-and-needs-homeless-lesbian-gay-bisexual-and> (consulté le 7 juin 2024).

CURRY, S.R. *et al.*, « Youth Homelessness and Vulnerability: How Does Couch Surfing Fit? », *American Journal of Community Psychology*, septembre 2017, vol. 60, n° 1-2, pp. 17-24.

CZEISLER, M.É., « Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020 », *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2020, vol. 69, disponible sur <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932a1.htm> (consulté le 24 juin 2024).

DAVIS, G., DEWEY, J.M. et MURPHY, E.L., « GIVING SEX: Deconstructing Intersex and Trans Medicalization Practices », *Gender and Society*, 2016, vol. 30, n° 3, pp. 490-514.

DENIS, F. et RUSCH, E., « Santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre et politiques de santé », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, pp. 7-9.

DORN, A. van, COONEY, R.E. et SABIN, M. L., « COVID-19 exacerbating inequalities in the US », *Lancet (London, England)*, avril 2020, vol. 395, n° 10232, pp. 1243-1244.

DUBUC, D., *LGBTQI2SNBA+ : les mots de la diversité liée au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle*, Comité orientations et identités sexuelles de la FNEEQ-CSN, 2017.

DUMEZ, H., « Faire une revue de littérature : pourquoi et comment ? », *Le Libellio d'AEGIS*, 2011, vol. 7, n° 2, pp. 15-27.

DUNNE, G. A., PRENDERGAST, S. et TELFORD, D., « Young, gay, homeless and invisible: A growing population? », *Culture, Health & Sexuality*, janvier 2002, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/136910502753389404> (consulté le 12 juin 2024).

DURSO, LAURA, GATES et GARY, *Serving Our Youth: Findings from a National Survey of Services Providers Working with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Who are Homeless or At Risk of Becoming Homeless*, Los Angeles, The Williams Institute; True Colors Fund; The Palette Fund, 2012, disponible sur <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Serving-Our-Youth-July-2012.pdf> (consulté le 6 juin 2024).

ECKER, J., « Queer, young, and homeless: A review of the literature », *Child & Youth Services*, octobre 2016, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0145935X.2016.1151781> (consulté le 5 juin 2024).

ECKER, J., AUBRY, T. et SYLVESTRE, J., « A Review of the Literature on LGBTQ Adults Who Experience Homelessness », *Journal of Homosexuality*, 2019, vol. 66, n° 3, pp. 297-323.

ENGLAND, K.V.L., « Getting Personal: Reflexivity, Positionality, and Feminist Research », *The Professional Geographer*, février 1994, vol. 46, n° 1, pp. 80-89.

EPSTEIN S., *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge.*, Berkeley, CA, University of California Press, 1996, disponible sur <https://www.ucpress.edu/books/impure-science/paper> (consulté le 29 août 2024).

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS., *A long way to go for LGBTI equality.*,

Luxembourg, European Union Agency for fundamental Rights, 2020, p. 72, disponible sur <https://data.europa.eu/doi/10.2811/582502> (consulté le 5 avril 2024).

EVERETT, B.G. et MOLLBORN, S., « Examining Sexual Orientation Disparities in Unmet Medical Needs among Men and Women », *Population research and policy review*, août 2014, vol. 33, n° 4, pp. 553-577.

FAUSTO-STERLING, A., *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, New York, NY, Basic Books, 30 novembre 2000.

FEANTSA, « ETHOS - European Typology of Homelessness and housing exclusion », 2007, disponible sur <https://www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf> (consulté le 6 juin 2024).

FEANTSA, *Homeless in Europe, a magazine.*, Printemps 2023, p. 51, disponible sur https://www.feantsa.org/public/user/Magazine/2023/Spring_magazine_2023/FEA_magazine_spring_2023.pdf (consulté le 5 avril 2024).

FISH, J.N. *et al.*, « “I’m Kinda Stuck at Home With Unsupportive Parents Right Now” : LGBTQ Youths’ Experiences With COVID-19 and the Importance of Online Support », *Journal of Adolescent Health*, septembre 2020, vol. 67, n° 3, pp. 450-452.

FITZPATRICK, S., BRAMLEY, G. et JOHNSEN, S., « Pathways into Multiple Exclusion Homelessness in Seven UK Cities », *Urban Studies*, janvier 2013, vol. 50, n° 1, pp. 148-168.

FORGE, N. *et al.*, « Out of the System and onto the Streets: LGBTQ-Identified Youth Experiencing Homelessness with Past Child Welfare System Involvement », 2018, vol. 96, n° 2, pp. 47-74.

FREDERICK, TYLER *et al.*, « Exploring gender and sexual minority status among street-involved youth | The Homeless Hub », *Vulnerable Children and Youth Studies*, 2011, vol. 6, n° 2, pp. 166-183.

GAETZ, S. *et al.*, *Without a Home: The National Youth Homelessness Survey*, Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press, 2016, p. 126.

GATTIS, M.N., « An Ecological Systems Comparison Between Homeless Sexual Minority Youths and Homeless Heterosexual Youths », *Journal of social service research*, janvier 2013, vol. 39, n° 1, pp. 38-49.

GIAMI A, BEAUBATIE E. et LE BAIL J., *Caractéristiques socio-démographiques, identifications de genre, parcours de transition médico-psychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d’une enquête menée en France, 2010.* | *cesp*, 2011, pp. 433-437, disponible sur <https://cesp.inserm.fr/en/publication/caract%C3%A9ristiques-socio-d%C3%A9mographiques-identifications-de-genre-parcours-de-transition> (consulté le 12 juillet 2024).

GORDON, A.R. et MEYER, I.H., « Gender nonconformity as a target of prejudice, discrimination, and violence against LGB individuals », *Journal of LGBT health research*, 2007, vol. 3, n° 3, pp. 55-71.

GRANT, J. *et al.*, *Injustice at Every Turn. A Report of the National Transgender Discrimination Survey*, Washington, National Center for Transgender Equality; National Gay and Lesbian Task Force, 2011, p. 228, disponible sur https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf (consulté le 24 juin 2024).

GRENOUILLEAU-ALBERTINI, A.-S. *et al.*, « Collecter des données pour la santé des populations LGBTI : pourquoi, comment, avec qui ? », *Sante Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, pp. 81-89.

ROETS, G. (EDS.), *Jeunes adultes en situation de sans-abrisme et d’absence de chez-soi. Chiffres et expériences vécues de jeunes.*, Fondation Roi Baudoin, octobre 2022, p. 95.

HATZENBUEHLER, M.L., « How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A

Psychological Mediation Framework », *Psychological bulletin*, septembre 2009, vol. 135, n° 5, pp. 707-730.

HATZENBUEHLER, M. L. *et al.*, « Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations », *Social Science & Medicine* (1982), février 2014, vol. 103, pp. 33-41.

HAUT-COMMISSAIRE DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME., *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*, Genève, Nations unies, 2011, p. 28.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)., *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, Saint Denis, 2010, p. 223, disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf (consulté le 12 juillet 2024).

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)., *Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective*, Saint Denis, HAS, 2020, p. 217, disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf (consulté le 12 juillet 2024).

HENDRICKS, M.L. et TESTA, R.J., « A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model », *Professional Psychology: Research and Practice*, 2012, vol. 43, n° 5, pp. 460-467.

HOMELESS LINK, *What is the impact of homelessness?*, London, s.d., disponible sur https://homelesslink-1b54.kxcdn.com/media/documents/3_-_what_is_the_impact_of_homelessness_1.pdf (consulté le 20 juin 2024).

HUGHTO, J.M.W., REISNER, S.L. et PACHANKIS, J.E., « Transgender Stigma and Health: A Critical Review of Stigma Determinants, Mechanisms, and Interventions », *Social science & medicine* (1982), décembre 2015, vol. 147, p. 222.

HUGHTO, J.M.W. *et al.*, « Barriers to Gender Transition-Related Healthcare: Identifying Underserved Transgender Adults in Massachusetts », *Transgender Health*, 2017, vol. 2, n° 1, p. 107.

ILGA-EUROPE, « Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersexe People covering the period of January to December 2023 », 2024, disponible sur https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2024/02/2024_belgium.pdf (consulté le 9 avril 2024).

ILGA-EUROPE, « Intersections : The LGBTI II Survey Analysis project | ILGA-Europe », 9 février 2023, disponible sur <https://www.ilga-europe.org/report/fra-lgbti-report-2019-intersections/> (consulté le 5 avril 2024).

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL, AND TRANSGENDER HEALTH ISSUES AND RESEARCH GAPS AND OPPORTUNITIES, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*, The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health, Washington (DC), National Academies Press (US), 2011, disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/> (consulté le 3 juillet 2024).

JAAFAR, S. *et al.*, « Hormonothérapie injectable et réduction des risques : pratiques, difficultés, santé des personnes trans en France », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, pp. 109-122.

JAMES SE *et al.*, *The report of the 2015 U.S. transgender survey*, Washington, DC, National Center for Transgender Equality, 2016, p. 302, disponible sur <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf> (consulté le 12 juillet 2024).

JAN, D.C., « 4e plan fédéral de lutte contre la pauvreté et de réduction des inégalités », novembre

2022, disponible sur <https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/4e-plan-federal.pdf> (consulté le 9 avril 2024).

KATTARI, S. *et al.*, « Social Networks and Sexual Risk Factor Differences between Cisgender Heterosexual and Cisgender LGBQ Homeless Youths. », *Graduate School of Social Work: Faculty Scholarship*, mars 2017, disponible sur https://digitalcommons.du.edu/gssw_facultyscholarship/133.

KIDD, J.D. *et al.*, « Understanding the Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Transgender and Gender Nonbinary Individuals Engaged in a Longitudinal Cohort Study », *Journal of Homosexuality*, mars 2021, vol. 68, n° 4, pp. 592-611.

KIDD, S.A., GAETZ, S. et O'GRADY, B., « The 2015 National Canadian Homeless Youth Survey: Mental Health and Addiction Findings », *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, juillet 2017, vol. 62, n° 7, pp. 493-500.

HERMANS, K. et WAGENER, M., *Dénombrement du sans-abrisme et de l'absence de chez-soi. Rapport global 2023*, Fondation Roi Baudoin ; UCLouvain ; KULeuven, mars 2024, p. 76, disponible sur https://media.kbs-frb.be/fr/media/11576/D%C3%A9nombrementSansabrismeetabsencedechezsoi_RapportGlobal2023 (consulté le 19 avril 2024).

LANKENAU, S.E. *et al.*, « Street careers: homelessness, drug use, and sex work among young men who have sex with men (YMSM) », *International Journal of Drug Policy*, janvier 2005, vol. 16, n° 1, pp. 10-18.

LEJEUNE, C., *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*, Bruxelles, de Boeck, 2014.

LICK, D.J., DURSO, L.E. et JOHNSON, K.L., « Minority Stress and Physical Health Among Sexual Minorities », *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, septembre 2013, vol. 8, n° 5, pp. 521-548.

LIEGE LEGAL TECH LAB, « Corpus | Home », *Site Web Corpus*, s.d., disponible sur <https://corpus.lltl.be/> (consulté le 26 juin 2024).

LOLAI, D., « “You’re Going To Be Straight or You’re Not Going To Live Here” : Child Support for LGBT Homeless Youth », *Tulane Journal of Law and Sexuality*, 2015, vol. 24, disponible sur <https://journals.tulane.edu/tjls/article/view/2876> (consulté le 6 juin 2024).

LOUISIN, A., « L'expérience de la précarité vécue par des jeunes homosexuel(le)s en rupture familiale », *Enfances & Psy*, 2015, vol. 68, n° 4, pp. 171-185.

MAP, « Movement Advancement Project | The Disproportionate Impacts of COVID-19 on LGBTQ Households in the U.S. », s.d., disponible sur <https://www.lgbtmap.org/policy-and-issue-analysis/2020-covid-lgbtq-households> (consulté le 24 juin 2024).

MARTIN, P. Y., « Gender as Social Institution », *Social Forces*, 2004, vol. 82, n° 4, pp. 1249-1273.

MCCARTHY, L. et PARR, S., « Is LGBT homelessness different? Reviewing the relationship between LGBT identity and homelessness », *Housing Studies*, 2022, vol. 0, n° 0, pp. 1-19.

MCCONNELL, E. A., BIRKETT, M. et MUSTANSKI, B., « Families Matter: Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth », *Journal of Adolescent Health*, décembre 2016, vol. 59, n° 6, pp. 674-680.

MCCOY, S., *Danger Zones and Stepping Stones: Phase Two. A quantitative exploration of young people's experience of temporary living*, London, Depaul UK, 2018, disponible sur <https://www.depaul.org.uk/wp-content/uploads/2020/06/DANGER-ZONES-REPORT-FINAL-EMBARGOED-TILL-00.01AM-THURSDAY-22-MARCH-2018.pdf> (consulté le

12 juin 2024).

MCDERMOTT, ELIZABETH, HUGHES, ELIZABETH RAWLINGS et VICTORIA, *Queer Futures. Understanding Lesbian, Gay, Bisexual, and Trans (LGBT) adolescents' suicide, self-harm and help-seeking behaviour*, Lancaster, Lancaster University, 2016, disponible sur <https://www.queerfutures.co.uk/wp-content/uploads/2016/06/Queer-Futures-Final-Report.pdf> (consulté le 10 juin 2024).

MCDONALD, K., « Social Support and Mental Health in LGBTQ Adolescents: A review of the literature », *Issues in Mental Health Nursing*, janvier 2018, vol. 39, n° 1, pp. 16-29.

MCINTYRE, J. *et al.*, « Systems-level Barriers in Accessing Supportive Mental Health Services for Sexual and Gender Minorities: Insights from the Provider's Perspective », *Canadian Journal of Community Mental Health*, septembre 2011, vol. 30, n° 2, pp. 173-186.

MD, V., « Shelter and Transitional Housing for Transgender Youth », *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, octobre 2010, vol. 14, pp. 340-345.

MEPHAM, N. *et al.*, « People with gender dysphoria who self-prescribe cross-sex hormones: prevalence, sources, and side effects knowledge », *The Journal of Sexual Medicine*, décembre 2014, vol. 11, n° 12, pp. 2995-3001.

MEYER, I.H., « Minority stress and mental health in gay men », *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, vol. 36, n° 1, pp. 38-56.

MEYER, I. H. *et al.*, « Incarceration Rates and Traits of Sexual Minorities in the United States: National Inmate Survey, 2011–2012 », *American Journal of Public Health*, février 2017, vol. 107, n° 2, pp. 267-273.

MEYER, I.H. et NORTHRIDGE, M.E. (éds.), *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*, New York, NY, Springer, 15 décembre 2006.

MILLER, L.R. et GROLLMAN, E.A., « The Social Costs of Gender Nonconformity for Transgender Adults: Implications for Discrimination and Health », *Sociological Forum (Randolph, N.J.)*, septembre 2015, vol. 30, n° 3, pp. 809-831.

MITCHELL, D., « Homelessness, American Style », *Urban Geography*, octobre 2011, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2747/0272-3638.32.7.933> (consulté le 11 juin 2024).

MOE, J.L. et SPARKMAN, N.M., « Assessing Service Providers at LGBTQ-Affirming Community Agencies on Their Perceptions of Training Needs and Barriers to Service », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, juillet 2015, vol. 27, n° 3, pp. 350-370.

MORMONT, M., « Du sofa à la rue : le sans-abrisme caché des LGBT », *Alter Échos*, 19 décembre 2022, disponible sur <https://www.alterechos.be/1016604920> (consulté le 9 avril 2024).

MOUNTZ, S., CAPOUS-DESYLLAS, M. et POURCIAU, E., « “Because We’re Fighting to Be Ourselves:” Voices from Former Foster Youth who are Transgender and Gender Expansive », 2018, vol. 96, n° 1, pp. 103-125.

NAMASTE, V., *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*, Chicago, IL, University of Chicago Press, décembre 2000, disponible sur <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/I/bo3683192.html> (consulté le 10 juillet 2024).

O’CONNOR, W., « *Hidden in Plain Sight* »: *Homelessness Amongst Lesbian and Gay Youth*, s.l., National Centre for Social Research, 2001.

OSBORN, M., « LGBTQIA+ people’s service access during the COVID-19 pandemic: Obstacles to care and provider adaptations », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, avril 2023, vol. 35, n° 2,

pp. 157-182.

PAILLE, P. et MUCCHIELLI, A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Collection U, Malakoff, Armand Colin, 2021.

PAINE, E.A., « Embodied disruption: “Sorting out” gender and nonconformity in the doctor’s office », *Social Science & Medicine*, août 2018, vol. 211, pp. 352-358.

PARK, C.L. *et al.*, « Americans’ COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines », *Journal of General Internal Medicine*, août 2020, vol. 35, n° 8, pp. 2296-2303.

PLÖDERL, M. et TREMBLAY, P., « Mental health of sexual minorities. A systematic review », *International Review of Psychiatry*, septembre 2015, vol. 27, n° 5, pp. 367-385.

POPE, C. et MAYS, N., « Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. », *BMJ : British Medical Journal*, juillet 1995, vol. 311, n° 6996, pp. 42-45.

POTEAT, T., GERMAN, D. et KERRIGAN, D., « Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters », *Social Science & Medicine (1982)*, mai 2013, vol. 84, pp. 22-29.

PRENDERGAST, S., DUNNE, G.A. et TELFORD, D., « A story of “difference”, a different story: young homeless lesbian, gay and bisexual people », *International Journal of Sociology and Social Policy*, janvier 2001, vol. 21, n° 4/5/6, pp. 64-91.

QUILTY, D. A. et NORRIS, M., *LGBTQI+ Youth Homelessness in Ireland*, Focus Ireland, septembre 2020, p. 150, disponible sur https://www.focusireland.ie/wp-content/uploads/2021/09/LGBTQI-Youth-Homelessness-Report_FINAL-VERSION.pdf.

RAINBOWHOUSE, *Glossaire*, Édition 2023, disponible à l’adresse suivante : www.rainbowhouse.be/wp-content/uploads/2023/02/glossaire-2023-web_compressed.pdf (consulté le 13 août 2024).

REEVE, K. et BATTY, E., *The Hidden Truth about Homelessness. Experiences of Single Homelessness in England*, London, Crisis, 2011.

REIDY, A. et BARRANCO, S.P., *Intersections. Diving into the FRA LGBT II SURVEY Data. Homelessness Briefing*, FEANTSA; ILGA-Europe, 2023, disponible sur <https://www.feantsa.org/en/report/2023/11/10/?bcParent=27>.

REISNER, S.L. *et al.*, « Global health burden and needs of transgender populations: a review », *Lancet (London, England)*, juillet 2016, vol. 388, n° 10042, pp. 412-436.

RELOGEAS, « Le Refuge Arc-en-Ciel Charleroi », *Site web de Relogeas*, disponible à l’adresse suivante : <https://www.relogeas.be/le-refuge-arc-en-ciel-charleroi> (consulté le 24 août 2024).

RESTAR, A. J. *et al.*, « Characterising the impact of COVID-19 environment on mental health, gender affirming services and socioeconomic loss in a global sample of transgender and non-binary people: a structural equation modelling », *BMJ Global Health*, mars 2021, vol. 6, n° 3, p. e004424.

RHOADES, H. *et al.*, « Homelessness, Mental Health and Suicidality Among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services », *Child Psychiatry and Human Development*, août 2018, vol. 49, n° 4, pp. 643-651.

RITOSA, A. *et al.*, *Perceptions: Comparative Findings from a study of homeless services providers and LGBTI-focused organisations about LGBTIQ youth homelessness in Europe*, FEANSTA, ILGA-Europe, True Colors United, and the Silberman Center for Sexuality and Gender at Hunter College, 2021, p. 11, disponible sur <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Perceptions-Comparative-findings-study-homeless-service-providers-LGBTI-focused-organisations.pdf> (consulté le 23 avril 2024).

2024).

ROBBEN L.L., PIERRE A. ET HERMANS K., « 'Without an address, you do not exist': the administrative invisibility of people experiencing homelessness in Belgium. », *Citizenship Studies*, 27(5), pp. 566–583.

ROBINSON, B.A., « Child Welfare Systems and LGBTQ Youth Homelessness: Gender Segregation, Instability, and Intersectionality », 2018, vol. 96, n° 2, pp. 29-45.

ROBINSON, B.A., *Coming Out to the Streets: LGBTQ Youth Experiencing Homelessness*, novembre 2020.

ROMANELLI, M. et HUDSON, K.D., « Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults », *American Journal of Orthopsychiatry*, 2017, vol. 87, n° 6, pp. 714-728.

ROMANELLI, M., LU, W. et LINDSEY, M.A., « Examining Mechanisms and Moderators of the Relationship Between Discriminatory Health Care Encounters and Attempted Suicide Among U.S. Transgender Help-Seekers », *Administration and Policy in Mental Health*, novembre 2018, vol. 45, n° 6, pp. 831-849.

ROSARIO, M., SCHRIMSHAW, E.W. et HUNTER, J., « Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Implications for Subsequent Internalizing and Externalizing Symptoms », *Journal of Youth and Adolescence*, mai 2012, vol. 41, n° 5, pp. 544-560.

SALERNO, J. P. *et al.*, « Sexual and Gender Minority Stress Amid the COVID-19 Pandemic: Implications for LGBTQ Young Persons' Mental Health and Well-Being », *Public Health Reports®*, novembre 2020, vol. 135, n° 6, pp. 721-727.

SALERNO, J.P., WILLIAMS, N.D. et GATTAMORTA, K.A., « LGBTQ populations: Psychologically vulnerable communities in the COVID-19 pandemic », *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2020, vol. 12, n° S1, pp. S239-S242.

SEELMAN, K. L. *et al.*, « Transgender Noninclusive Healthcare and Delaying Care Because of Fear: Connections to General Health and Mental Health Among Transgender Adults », *Transgender Health*, 2017, vol. 2, n° 1, pp. 17-28.

SERANO, J., *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*, Berkeley, CA, Seal Press, 8 mars 2016.

SHELTON, J. et BOND, L., « "It Just Never Worked Out": How Transgender and Gender Expansive Youth Understand their Pathways into Homelessness », *Families in Society*, octobre 2017, vol. 98, n° 4, pp. 284-291.

SHELTON, J. *et al.*, « Homelessness and Housing Experiences among LGBTQ Young Adults in Seven U.S. Cities », *Cityscape: A Journal of Policy Development and Research*, 2018, vol. 20, n° 3, pp. 9-33.

SHELTON J. *et al.*, *Perceptions: Addressing LGBTI Youth Homelessness in Europe and Central Asia - Findings from a Survey of LGBTI Organisations*, ILGA-Europe, True Colors United, and the Silberman Center for Sexuality and Gender at Hunter College, 2021, p. 26, disponible sur <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Perceptions-LGBTI-Youth-Homelessness-Europe-Central-Asia.pdf> (consulté le 23 avril 2024).

SHELTON J., STAKELUM R. et DODD S.J., *LGBTIQ Youth Homelessness in Europe: Findings from a Survey of FEANTSA Membership Organisations.*, FEANSTA, True Colors United, and the Silberman Center for Sexuality and Gender at Hunter College, 2020, p. 12, disponible sur <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Perceptions-Findings-Survey-Homelessness-Service-Providers.pdf> (consulté le 23 avril 2024).

SHERRIFF, N.S. *et al.*, « "What do you say to them?" investigating and supporting the needs of

lesbian, gay, bisexual, trans, and questioning (LGBTQ) young people », *Journal of Community Psychology*, 2011, vol. 39, n° 8, pp. 939-955.

SPP INTÉGRATION SOCIALE, *L'adresse de référence est peut-être une solution pour vous !*, Brochure, disponible à l'adresse suivante : https://www.mis.be/sites/default/files/documents/brochure_adresse_de_reference_0.pdf (consulté le 24 août 2024).

TESTA, R. J. *et al.*, « Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure », *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2015, vol. 2, n° 1, pp. 65-77.

THE ALBERT KENNEDY TRUST, *LGBT Youth Homelessness: A UK National Scoping of Cause, Prevalence, Response, and Outcome.*, 2018, disponible sur <https://www.taipawb.org/wp-content/uploads/2018/07/LGBT-Youth-Homelessness-A-UK-National-scoping-of-cause-prevalence-response-and-outcome.pdf> (consulté le 7 juin 2024).

TOMEI, A., *Quelles violences s'exercent sur les jeunes personnes homosexuelles, bisexuelles et transgenres de Fédération Wallonie-Bruxelles, en situation de rupture familiale à la suite de la révélation ou de la découverte par leur famille de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre et comment y répondre ?*, Liège, Université de Liège, Août 2023, disponible sur <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/18428> (consulté le 2 avril 2024).

TUNÅKER, C., « “No Place Like Home?” », *Home Cultures*, mai 2015, disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17406315.2015.1046300> (consulté le 11 juin 2024).

TYLER, K.A., « A Comparison of Risk Factors for Sexual Victimization Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Homeless Young Adults », *Violence and victims*, 2008, vol. 23, n° 5, pp. 586-602.

UNIA, « Logement : un nouveau formulaire-type pour sélectionner les locataires sans discriminer en Wallonie », *Site web d'Unia*, 15 décembre 2021, disponible à l'adresse suivante : <https://www.Unia.be/fr/articles/logement-un-nouveau-formulaire-type-wallonie> (consulté le 26 août 2024).

VALDISERRI, R.O. *et al.*, « Unraveling Health Disparities Among Sexual and Gender Minorities: A Commentary on the Persistent Impact of Stigma », *Journal of Homosexuality*, avril 2019, vol. 66, n° 5, pp. 571-589.

VAN CAMPENHOUDT, L., MARQUET, J. et QUIVY, R., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Malakoff, Dunod, 2017.

VAN DER MIESEN, A.I.R., RAAIJMAKERS, D. et VAN DE GRIFT, T.C., « “You Have to Wait a Little Longer” : Transgender (Mental) Health at Risk as a Consequence of Deferring Gender-Affirming Treatments During COVID-19 », *Archives of Sexual Behavior*, juillet 2020, vol. 49, n° 5, pp. 1395-1399.

VAN LEEUWEN, J.M. *et al.*, « Lesbian, Gay, and Bisexual Homeless Youth: An Eight-City Public Health Perspective », *Child Welfare*, 2006, vol. 85, n° 2, pp. 151-170.

VINCENT, B., *Non-Binary Genders: Navigating Communities, Identities, and Healthcare*, Bristol, Policy Press, 2 juillet 2020, disponible sur <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/non-binary-genders> (consulté le 26 juin 2024).

WAGNER, P.E. *et al.*, « Health (Trans)gressions: Identity and Stigma Management in Trans* Healthcare Support Seeking », *Women & Language*, Fall 2016, vol. 39, n° 1, pp. 49-74.

WATTS, E.E., JOHNSEN, S. et SOSENKO, F., *Youth Homelessness in the UK: A Review for The OVO Foundation*, Edinburgh, Heriot-Watt University, 12 novembre 2015.

WHITBECK, L. B. *et al.*, « Mental disorder, subsistence strategies, and victimization among gay, lesbian, and bisexual homeless and runaway adolescents », *Journal of Sex Research*, novembre 2004, vol. 41, n° 4, pp. 329-342.

WILLIAMS, N.D. et FISH, J.N., « The availability of LGBT-specific mental health and substance abuse treatment in the United States », *Health Services Research*, 2020, vol. 55, n° 6, pp. 932-943.

WORLD HABITAT, *Left out: Why many LGBTQ+people aren't accessing their right to housing in the UK*, Leicestershire, World Habitat, 2018, disponible sur <https://world-habitat.org/wp-content/uploads/2018/06/Left-Out-Why-many-LGBTQ-people-aren%E2%80%99t-accessing-their-right-to-housing-in-the-UK.pdf> (consulté le 11 juin 2024).

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH)., *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme*, East Dundee, Illinois (USA), World Professional Association for Transgender Health (WPATH)., 2013, p. 130.

WYLIE, K. *et al.*, « Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health », *The Lancet*, juillet 2016, vol. 388, n° 10042, pp. 401-411.

ZEGGAR, H et DAHAN, M., *Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme.*, Paris, Inspection générale des Affaires Sociales, 2011, p. 107, disponible sur https://www.adheos.org/fichierUploader/rapport_decembre_2011_IGAS_prise_en_charge_medicale_sociale_personne_Trans.pdf (consulté le 15 juillet 2024).

XI. ANNEXES

1. Le logement

Cette section est subdivisée en trois chapitres. Dans un premier temps, nous détaillons les grands traits de la compétence régionale en matière de logement. Dans un second temps, nous abordons les différents textes légaux qui régissent la lutte contre les discriminations dans l'accès au logement. Dans un troisième temps, nous présentons synthétiquement quelques études et ressources utiles qui pourront alimenter nos recherches futures.

Les principes généraux

L'article 6, § 1^{er}, IV de la loi spéciale du 8 aout 1980 précise l'étendue de la compétence des Régions en matière de logement.

En ce qui concerne le logement :

1° le **logement** et la police des habitations qui constituent un danger pour la **propreté** et la **salubrité** publiques ;

2° les règles spécifiques concernant la **location** des biens ou de parties de biens destinés à l'**habitation**.

Avant d'aller plus loin, précisons que deux décrets ont transféré l'exercice de cette compétence à la Communauté germanophone sur le territoire de langue allemande²⁵⁴. Dès lors, lorsque nous évoquerons la compétence wallonne en matière de logement, nous excluons les politiques menées par la Communauté germanophone.

Dans les prochaines sections, les deux sous-dimensions de la politique régionale du logement sont étudiées.

Le logement et la police des habitations qui constituent un danger pour la propreté et la salubrité publiques

L'intitulé « le logement et la police des habitations qui constituent un danger pour la propreté et la salubrité publiques » est déjà présent dans la première version de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 aout 1980.

Ces compétences « sans réserve »²⁵⁵ permettent donc à la Région wallonne et Région flamande de régir l'ensemble de la politique du logement. La Région de Bruxelles-Capitale se voit également octroyer cette possibilité dès 1989²⁵⁶. Dans un arrêt de la Cour constitutionnelle du 10 mars 1988, il a été bien précisé que le transfert effectué par la loi spéciale du 8 aout 1980 concerne « l'ensemble des matières de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire et du logement [...] »²⁵⁷.

²⁵⁴ Décret de la Communauté germanophone du 29 avril 2019 relatif à l'exercice, par la Communauté germanophone, des compétences de la Région wallonne en matière de logement (*Moniteur belge*, 12 juin 2019) ; décret wallon du 2 mai 2019 relatif à l'exercice, par la Communauté germanophone, des compétences de la Région wallonne en matière de logement (*Moniteur belge*, 23 juillet 2019).

²⁵⁵ F. DELPEREE et S. DEPRE, *Le système constitutionnel de la Belgique*, Bruxelles, Larcier, 1998, p. 137.

²⁵⁶ Article 4, alinéa 1^{er} de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises (*Moniteur belge*, 14 janvier 1989).

²⁵⁷ Cour constitutionnelle, *Arrêt n°49/88*, 10 mars 1988, 2.B.1

Que recouvre donc cette matière ? Dans l'exposé des motifs de la loi spéciale du 8 août 1980, le législateur nous en dit un peu plus sur les contours de cette politique du logement. Elle englobe, notamment :

« 1° Le Code du logement et la lutte contre les taudis, notamment pour la promotion de la construction, l'occupation, l'assainissement, l'amélioration, l'adaptation et la démolition de logement ;

« 2° En ce qui concerne la construction de logements sociaux, les formes d'aide, les types d'habitation, le financement et les conditions de contrats de vente et de location des habitations des sociétés publiques de logement, ainsi que l'infrastructure. »²⁵⁸

Le Conseil d'État a également la possibilité de définir le cadre pour l'octroi des subventions à la construction :

« [L]e terme "logement" doit être pris dans **un sens large** et couvrir l'ensemble de la politique du logement, en ce compris, dès lors, l'octroi de **subventions en vue de stimuler la construction** d'habitations. »²⁵⁹

Les Régions sont également compétentes pour les règles relatives aux normes de « sécurité, d'habilité et de qualité de ces logements »²⁶⁰. La section de législation du Conseil d'État a précisé que « tous les aspects de la politique spécifique à la qualité des logements »²⁶¹ tombent dans l'escarcelle régionale. Ces normes sont considérées tant par la doctrine que par la jurisprudence comme étant d'**ordre public**.

Venons-en aux **interventions concrètes** des pouvoirs législatif et exécutif wallons.

En Région wallonne, le Code wallon du logement est instauré par le décret du 29 octobre 1998²⁶². Il est ensuite renommé Code wallon du logement et l'habitat durable, puis **Code wallon de**

Qu'en est-il de l'**Autorité fédérale** ? Celle-ci est compétente, à titre résiduel, en matière de **bail**. Le champ de cette compétence fédérale a toutefois été **drastiquement réduit** lors de « la régionalisation du bail », opérée par la sixième réforme de l'État (cf. *infra*). Notons qu'une particularité a permis aux Régions de mener une politique de bail avant la sixième réforme de l'État : la compétence régionale du logement englobe, **dès 1980, le bail de logement social**. Autrement dit, même sous l'empire de la législation fédérale en matière de bail, les Régions disposaient de la possibilité de déroger aux prescrits fédéraux, et ce pour le seul secteur du logement social. Cette faculté a notamment été confirmée par un avis du Conseil d'État énoncé en octobre 1991.

« Le législateur régional est, quant à lui, en vertu de l'article 6, § 1, IV, de la loi spéciale précitée, notamment, compétent pour édicter les règles spécifiques aux baux de logements sociaux. Les règles générales et particulières du Code civil restent donc applicables – soit à titre impératif, soit à titre supplétif – aux logements sociaux aussi longtemps que le législateur régional n'a pas adopté des règles spécifiques applicables à cette catégorie particulière de baux. »

CONSEIL REGIONAL WALLON, *Proposition de décret complétant l'article 4, § 2 du décret du 25 octobre 1984 instituant la Société régionale wallonne du Logement, Avis du Conseil d'État*, session 1990-1991, 25 octobre 1991, n° 213/2.

²⁵⁸ SENAT, *Projet de loi spéciale de réformes institutionnelles, Exposé des motifs*, session 1979-1980, 21 mai 1980, 434/1.

²⁵⁹ SENAT, *Projet de loi instaurant un subside spécifique en vue de promouvoir la construction et la rénovation d'habitations, Avis du Conseil d'État*, session 1980-1981, 19 novembre 1980, p. 34.

²⁶⁰ E. CRUYSMANS, « Bail et logement » in M. UYTENDAELE, et M. VERDUSSEN (dir.), *Dictionnaire de la Sixième Réforme de l'État*, 1^{re} édition, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 102.

²⁶¹ CON. REG. BRUX-CAP, *Document parlementaire*, session 1991-1992, n° A-174/1, p. 17.

²⁶² Décret wallon du 20 octobre 1998 instituant le Code wallon du logement et de l'habitat durable (*Moniteur belge*, 4 décembre 1998).

L'habitation durable, abrégé CWHD (depuis le 1^{er} septembre 2019). L'**habitation** y est définie comme « le logement ou l'habitation légère, qu'il s'agisse d'un bien meuble ou immeuble ou partie de celui-ci, destiné à **servir d'habitation**, à l'exclusion des hébergements touristiques au sens du Code wallon du Tourisme » (article 1^{er}, 1^o*ter*). Apportons quelques précisions :

- La notion « destiné à servir d'habitation » n'est pas définie par le législateur wallon. Selon Durant, elle renvoie à « un **bien fait pour y vivre** et comportant des aménagements prévus à cet effet (sanitaires, endroit pour cuisiner, etc.) »²⁶³ ;
- L'habitation peut être **principale** ou **secondaire** ;
- L'habitation peut être un bien **meuble** (yourte, container, péniche, caravane, roulotte, cabane, etc.) ou **immeuble** (maison unifamiliale, etc.), ou une **partie de celui-ci** (appartement, studio, chambre meublée ou non, etc.) ;
- L'habitation ne peut être un **hébergement touristique** (tel qu'un gîte).

L'article 2 du CWHD énonce **les grands objectifs** de la politique wallonne du logement :

§ 1er. La Région et les autres autorités publiques, chacune dans le cadre de leurs compétences, mettent en œuvre le droit à un logement décent en tant que lieu de vie, d'émancipation et d'épanouissement des individus et des familles.

La Région et les autorités publiques prennent également les mesures utiles en vue de développer l'habitat durable tendant vers une habitation saine, répondant à des critères minima de sécurité, accessible à tous et consommant peu d'énergie.

Leurs actions tendent à favoriser la cohésion sociale et la mixité sociale par la stimulation de la rénovation du patrimoine et par une diversification et un accroissement de l'offre d'habitations dans les noyaux d'habitat.

§ 2. Le présent Code vise à assurer la **salubrité des habitations** ainsi que **la mise à disposition de logements** destinés prioritairement aux ménages de **catégorie 1²⁶⁴ et 2²⁶⁵**.

Le présent Code et ses arrêtés d'exécution visent à la mise en œuvre de la politique sociale du logement.

§ 3. La Région et les opérateurs immobiliers veillent à promouvoir l'information des bénéficiaires de la politique de l'habitation sur les aides et les droits en matière d'habitation et d'habitat durable, ainsi que sur les procédures en matière de recours.

²⁶³ I. DURANT, « Le bail d'habitation en Région wallonne » in E. Beguin, I. Durant (dir.), *La régionalisation du bail*, Bruxelles, Larcier, 2018, p. 18.

²⁶⁴ Ménage de **catégorie 1** : « a. la personne seule dont les revenus annuels imposables globalement ne dépassent pas 10 000 euros majorés de 1 860 euros par enfant à charge ; b. plusieurs personnes unies ou non par des liens de parenté et qui vivent habituellement ensemble au sens de l'article 3 de la loi du 19 juillet 1991 relative aux registres de la population et aux cartes d'identité et modifiant la loi du 8 aout 1983 organisant un registre national des personnes physiques dont les revenus annuels imposables globalement ne dépassent pas 13 650 euros majorés de 1 860 euros par enfant à charge ; c. le ménage faisant l'objet d'une guidance auprès d'un Service de Médiation de dettes agréé par le Gouvernement et dont les ressources mensuelles ne dépassent pas un plafond fixé par le Gouvernement. [...] » (article 1^{er}, 29^o). Les montants sont soumis à l'indexation.

²⁶⁵ Ménage de **catégorie 2** : « a. la personne seule dont les revenus annuels imposables globalement ne dépassent pas 20 000 euros majorés de 1 860 euros par enfant à charge ; b. plusieurs personnes unies ou non par des liens de parenté et qui vivent habituellement ensemble au sens de l'article 3 de la loi du 19 juillet 1991 relative aux registres de la population et aux cartes d'identité et modifiant la loi du 8 aout 1983 organisant un registre national des personnes physiques dont les revenus annuels imposables globalement ne dépassent pas 25 000 euros majorés de 1 860 euros par enfant à charge. [...] » (article 1^{er}, 30^o). Les montants sont soumis à l'indexation.

La Région et les opérateurs immobiliers promeuvent l'information relative aux mesures de prévention en matière de sécurité des habitations.

La mise à disposition de logements destinés aux ménages de catégorie 1 (revenus précaires) et 2 (revenus modestes) est une priorité de l'action publique régionale. Il convient dès lors de présenter les grandes lignes de **politique régionale des logements sociaux** (qui comprend également les baux liés à ces logements).

Tout d'abord, l'appellation de « logement social » a été modifiée par le législateur en wallon en 2017²⁶⁶ : c'est la dénomination « **logement d'utilité publique** »²⁶⁷ qui est désormais d'application. L'accent est mis sur le fait que le propriétaire est public, par opposition avec le « marché » du logement privé. On notera toutefois que le législateur n'a pas modifié la dénomination dans la majorité des dispositions légales, ce qui aboutit à la coexistence des deux expressions. Sans entrer dans les détails, on distingue généralement **trois catégories de logement d'utilité publique/de logement social (au sens large)**²⁶⁸.

Logement social (<i>stricto sensu</i>) ²⁶⁹	Logement d'insertion	Logement de transit
Contrat de bail	Contrat de bail	Convention d'occupation à titre précaire
Ménages de catégorie 1, 2 ou 3 (avec un système d'attribution par points)	Ménages de catégorie 1 ²⁷⁰	Ménages de catégorie 1 ou ménages privés de logement pour motifs de force majeure ²⁷¹
9 ans (avec reconduite tacite de 9 ans)	Maximum 3 ans	6 mois renouvelable 1 fois (très temporaire !)

Notons également l'existence de **deux autres régimes** spécifiques de logements d'utilité publique : le **logement social étudiant**, et le **logement à loyer d'équilibre**²⁷².

Les **sociétés de logement de service public (SLSP)** sont des acteurs clés pour mener à bien la politique wallonne du logement social. Elles adoptent la forme de société coopérative à

²⁶⁶ Articles 1^{er}, d) et 52, a) du décret wallon du 1^{er} juin 2017 modifiant le Code wallon du logement et de l'habitat durable (*Moniteur belge*, 18 juillet 2017).

²⁶⁷ Il peut être **défini** comme « le logement sur lequel un opérateur immobilier est titulaire de droits réels, qu'il détient en gestion ou qu'il prend en location, destiné à l'habitation dans le cadre de la politique sociale développée par la Région » (article 1^{er}, 9^o du Code).

²⁶⁸ Tableau basé sur V. Sana, « La location des logements d'utilité publique », *Mouvement communal*, 2022, n° 965, p. 55.

²⁶⁹ Principalement réglé par un arrêté du gouvernement wallon du 6 septembre 2007 organisant la location des logements gérés par la Société wallonne du Logement ou par les sociétés de logement de service public (*Moniteur belge*, 7 novembre 2007).

²⁷⁰ Ou ménage faisant l'objet d'une guidance auprès d'un service de médiation de dettes agréé, et dont les ressources mensuelles ne dépassent pas 120 % du montant du revenu d'intégration sociale correspondant à la composition de ce ménage.

²⁷¹ Ou ménage faisant l'objet d'une guidance auprès d'un service de médiation de dettes agréé, et dont les ressources mensuelles ne dépassent pas 120 % du montant du revenu d'intégration sociale correspondant à la composition de ce ménage.

²⁷² À ce sujet, cf. N. BERNARD, *Le bail de logement social (et assimilé) à Bruxelles et en Wallonie*, 1^{re} édition, Bruxelles, Larcier, 2023.

responsabilité limitée²⁷³, et doivent être agréées par la **Société wallonne du logement** (SWL). Parmi leurs missions figurent la gestion et la mise en location de logements d'utilité publique, l'accueil des locataires lors de leur entrée dans un logement d'utilité publique, ou encore l'assistance des pouvoirs locaux dans la mise en œuvre de la politique locale du logement²⁷⁴. Bien que les SLSP gèrent la majorité des logements d'utilité publique en Wallonie, d'autres acteurs – tels qu'un CPAS, une régie autonome ou une commune – peuvent jouer le rôle de bailleur public, et ainsi mettre des logements d'utilité publique en location. De plus, des ASBL²⁷⁵, agréées par le gouvernement en tant qu'organisme à finalité sociale, peuvent agir en tant que bailleurs de logements d'insertion et de transit²⁷⁶.

Mais le développement d'un parc de logement d'utilité publique est couteux et prend du temps. C'est pourquoi le conventionnement du marché locatif privé va également être identifié comme un objectif clé. Les **agences immobilières sociales (AIS)**, créées par un arrêté du gouvernement wallon du 29 juillet 1993²⁷⁷, sont investies de cette mission : elles jouent un rôle d'**intermédiaire** entre un bailleur ou une bailleuse, et un candidat preneur ou une candidate preneuse à revenus précaires, modestes ou moyens²⁷⁸. Dans certains cas, elle peut prendre directement le logement en location en vue de le sous-louer, notamment par un bail glissant (cf. *infra*). Les ménages de **catégorie 1 (revenus précaires), 2 (revenus modestes) et 3 (revenus moyens)** peuvent accéder aux logements gérés par les AIS. Le propriétaire qui choisit de confier son bien à une AIS bénéficie d'une **multitude d'avantages**, tels que l'exonération du précompte immobilier²⁷⁹ à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle de la signature de la convention de mise en gestion²⁸⁰, ou encore un taux de TVA réduit à 12 % pour l'acquisition ou la construction d'un logement neuf pris en gestion par une AIS pendant minimum 15 ans à compter de la première occupation²⁸¹. On notera au passage que l'instauration de taux de TVA réduits relève de la

Entre 1980 et la sixième réforme de l'État, les Régions ne sont pas compétentes pour régler la relation contractuelle entre le bailleur ou la bailleuse d'une part, et le ou la locataire d'un logement privé d'autre part, seul le bail de logement social tombe dans l'escarcelle régionale (cf. *infra*). L'intervention dans le marché locatif privé est donc limitée à des politiques de prêts, de subvention, et d'exonération sans pour autant que l'on puisse modifier les prescriptions fédérales qui régissent le contrat de bail. La sixième réforme de l'État, en consacrant la régionalisation du bail d'habitation, va offrir à la Région wallonne la possibilité de développer de nouveaux outils (grille de loyer contraignante, commissions paritaires locatives, etc. – cf. *infra*).

²⁷³ Article 130 du CWHD.

²⁷⁴ Cf. article 131 CWHD pour la liste complète des missions de SLSP.

²⁷⁵ Telles qu'une régie de quartier ou une association de promotion du logement.

²⁷⁶ Pour les conditions d'agrément, cf. arrêté du gouvernement wallon du 12 décembre 2013 relatif aux organismes de logement à finalité sociale (*Moniteur belge*, 30 décembre 2013).

²⁷⁷ Arrêté du gouvernement wallon du 29 juillet 1993 portant création d'agences immobilières sociales (*Moniteur belge*, 6 octobre 1993).

²⁷⁸ Article 193 du CWHD.

²⁷⁹ Si le propriétaire est une personne morale, l'exonération est toutefois limitée à 0,8 %.

²⁸⁰ Code des impôts sur les revenus 1992 (CIR 1992), Article 255, § 1^{er}, alinéa 4 et 5.

²⁸¹ Rubrique XI du Tableau B de l'annexe à l'arrêté royal n° 20 du 20 juillet 1970 fixant les taux de la taxe sur la valeur ajoutée et déterminant la répartition des biens et des services selon ces taux (*Moniteur belge*, 31 juillet 1970).

compétence de l’Autorité fédérale – et non de celle des Régions – ce qui implique une coordination entre les différents niveaux de pouvoir.

Les règles spécifiques concernant la location des biens ou de parties de biens destinés à l’habitation

En ce qui concerne le bail, le transfert de la compétence a eu lieu lors de la sixième réforme de l’État. Les Régions étaient toutefois déjà compétentes depuis 1980 en matière de **baux relatifs à des logements sociaux**.

Si l’article de la loi spéciale consacré au logement évoque uniquement les **baux liés à l’habitation**²⁸², les Régions sont également devenues compétentes pour édicter les « règles spécifiques concernant le **bail à ferme** et le **bail à cheptel** » (article 6, § 1^{er}, V, 3^o), ainsi que « les règles spécifiques concernant le **bail commercial** » (article 6, § 1^{er}, VI, 7^o). Ces types de baux ne sont toutefois pas inclus dans la compétence logement : le bail à ferme et le bail à cheptel sont une composante de la compétence en matière d’agriculture, et le bail commercial est une sous-catégorie de la compétence économique régionale.

On notera toutefois **deux limites à la compétence régionale** :

- *Primo*, il existe des types de baux qui ne rentrent **pas dans les catégories susmentionnées**, et qui continuent donc d’être gérés par l’Autorité fédérale. C’est par exemple le cas d’un bail qui serait conclu entre deux particuliers relatif à un garage ;
- *Secundo*, de façon générale, l’Autorité fédérale reste compétente pour fixer **les règles générales de droit civil** (c’est-à-dire les dispositions relatives au droit des contrats et au droit des obligations).

Dans la suite de cet exposé, nous nous intéresserons uniquement au **bail d’habitation**, qui fait partie de la compétence « **logement** » des Régions.

Le 15 mars 2018, le Parlement wallon adopte un décret relatif au bail d’habitation (*Moniteur belge*, 28 mars 2018). Pour être précis, la Région wallonne avait déjà essayé de faire usage de cette compétence en 2016, en adoptant un décret visant à réaliser un saut d’index des loyers. Un alinéa est alors ajouté à l’article 6 de la section du Code civil concernant les baux portant sur la résidence principale du preneur, afin de reporter d’un an l’indexation des loyers des baux en cours au 1^{er} avril 2016. Cette mesure « wallonne » était pensée comme une compensation du saut d’index mis en place au niveau fédéral. La Cour constitutionnelle fut toutefois saisie, et la mesure ne fut finalement pas adoptée.

Le décret de 2018 institue des dispositions générales relatives aux **baux d’habitation**. En plus de cela, **quatre régimes spécifiques** sont prévus, pour :

- Les baux relatifs à la **résidence principale** du preneur ;
- Le bail de **colocation** ;
- Le bail **étudiant** ;
- Le bail **glissant**²⁸³.

²⁸² Article 15 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 (*Moniteur belge*, 31 janvier 2014).

²⁸³ Comme l’explique I. Durant, le « **bail glissant** est un mécanisme né du milieu associatif. Il poursuit le double objectif d’accompagner une personne en difficulté vers l’autonomie dans la location de son logement et de rassurer le bailleur qui met à disposition son bien, ceci grâce à l’intermédiation d’une personne morale locataire qui sous-loue le

Le **bail d'habitation** est défini de façon générale comme suit :

« [L]e bail relatif à un logement ou une habitation légère, qu'il s'agisse d'un bien meuble ou immeuble ou partie de celui-ci, destiné à servir d'habitation, à l'exclusion des hébergements touristiques au sens du Code wallon du Tourisme » (article 2, 1^o du décret du 15 mars 2018).

On remarquera que cette définition est très similaire à la définition de l'habitation, qui figure à l'article 1^{er} du Code wallon de l'habitation durable (cf. *supra*). Les parties liées par le contrat de bail sont appelées le **bailleur (ou la bailleuse)**, d'une part, et le **locataire ou le preneur (ou la locataire et la preneuse)**, d'autre part.

Une dimension de la politique du bail d'habitation attire particulièrement notre attention. Le chapitre VII de ce décret instaure une **grille indicative des loyers**, qui doit être arrêté par le gouvernement wallon (article 89 du décret du 15 mars 2018). Actuellement, il faut se référer à l'**arrêté du gouvernement wallon du 25 avril 2019** instaurant une grille indicative des loyers en exécution de l'article 89 du décret du 15 mars 2018 relatif au bail d'habitation²⁸⁴. La grille peut être consultée sur le site www.loyerswallonie.be. Il est également possible d'estimer les frais énergétiques liés au logement. En l'ajoutant au loyer indicatif, on parle alors de « loyer chaud ». Certaines acteurs, tels que le Rassemblement Wallon pour le Droit à l'Habitat (RWDH), ont dénoncé le risque d'alignement induit par cette grille indicative, c'est-à-dire un entrainement à la hausse des loyers (cf. *infra*).

Enfin, on peut déplorer l'absence de **commissions paritaires locatives** en Région wallonne. Pour justifier cette absence, le ministre du Logement, Christophe Collignon (PS), a avancé les propos suivants en réponse à une question écrite posée par la députée wallonne Valérie Delporte (Écolo) :

« [D]es derniers contacts que mon cabinet a pu entretenir avec le **Syndicat national des propriétaires et copropriétaires [SNPC]**, il apparaît que ce dernier **s'oppose à la mise en œuvre d'un tel mécanisme**, estimant que le juge de paix est le juge naturel et légitime du règlement des conflits locatifs et rappelant que ce dernier a le devoir de tenter la médiation en préambule de toute procédure. Le SNPC n'a pas l'intention d'envoyer des représentants siéger dans ces commissions. Du fait de cette décision, leur mise en place semble compliquée, si ce n'est compromise, car la parité ne serait pas assurée. »²⁸⁵

La Région de Bruxelles-Capitale, quant à elle, est en train d'instaurer ce mécanisme de commission paritaire locative²⁸⁶. Aujourd'hui, en Région wallonne, en cas de litige, seul « le juge de paix est compétent pour connaître des contestations relatives à l'existence, l'exécution et la résolution du bail »²⁸⁷. Une procédure en conciliation est toutefois possible, par une demande verbale au greffe de la justice de paix, ou par un courrier adressé au juge de paix.

logement à la personne dont elle assure l'accompagnement social ». I. DURANT, « Le bail d'habitation en Région wallonne » in E. BEGUIN, I. DURANT (dir.), *La régionalisation du bail*, Bruxelles, Larcier, 2018, p. 187.

²⁸⁴ *Moniteur belge*, 21 juin 2019.

²⁸⁵ PARLEMENT WALLON, *Réponse du ministre Christophe Collignon à une question écrite de Valérie Delporte*, 1^{er} avril 2021, session 2020-2021, n^o 169.

²⁸⁶ P. DEGLUME, « L'organe de conciliation entre propriétaires et locataires sur les rails à Bruxelles », *L'Écho*, 31 janvier 2024, disponible à l'adresse suivante : <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/bruxelles/l-organe-de-conciliation-entre-proprietaires-et-locataires-sur-les-rails-a-bruxelles/10523154.html> (consulté le 8 avril 2024).

²⁸⁷ F. DANTINNE *et al.*, *Memento du logement en Wallonie*, Wolters Kluwer, 2023, p. 87.

La lutte contre les discriminations

Nous exposons d'abord le cadre général, puis nous présentons les grandes lignes du décret du 30 novembre 2023, qui met en place les tests de discrimination (section b.).

Cadre général

En matière **de lutte contre les discriminations**, rappelons que la politique du logement fait partie du champ d'application du décret wallon du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination (*Moniteur belge*, 19 décembre 2008). L'article 5, § 1^{er}, 5^o le précise :

« §1^{er}. Dans le respect des compétences exercées par la Région, le présent décret s'applique à toutes les personnes, tant pour le secteur public que pour le secteur privé, y compris les organismes publics en ce qui concerne :

[...]

3^o **P'accès et la fourniture de biens et services** qui sont à la disposition du public indépendamment de la personne concernée et qui sont offerts en dehors de la sphère de la vie privée et familiale, ainsi qu'aux transactions qui se déroulent dans ce cadre, y **compris en matière de logement** ;

[...]. »

L'article 3 de ce même décret évoque les critères qui sont protégés par la législation, parmi lesquels figurent notamment **l'identité de genre, l'expression de genre, la transition médicale ou sociale et l'orientation sexuelle** :

La nationalité, une prétendue race, la couleur de peau, l'ascendance, l'origine nationale ou ethnique, le sexe, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, la maternité, la paternité, la coparentalité, l'adoption, la procréation médicalement assistée, **la transition médicale ou sociale, l'identité de genre, l'expression de genre**, les responsabilités familiales, l'âge, **l'orientation sexuelle**, l'état civil, la composition de ménage, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la conviction syndicale, la langue, l'état de santé, un handicap, une caractéristique physique ou génétique ou l'origine ou la condition sociales.

La lutte contre les discriminations est mentionnée explicitement dans le nouveau décret du 15 mars 2018 relatif au bail d'habitation. L'**article 6**, qui est « **d'ordre public** », est libellé comme suit :

Le bailleur choisit le preneur librement et sans discrimination, au sens du décret du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination.

Le bailleur peut solliciter auprès du candidat preneur les données générales suivantes en vue de procéder à la sélection et à la conclusion du contrat de bail, et le cas échéant, les justificatifs y afférents :

1^o nom et prénom du ou des candidats preneurs ;

2^o un moyen de communication avec le candidat ;

3^o l'adresse du candidat ;

4^o la date de naissance ou, le cas échéant, une preuve de la capacité à contracter ;

5^o la **composition de ménage** ;

6^o l'état civil du preneur s'il est marié ou cohabitant légal ;

7° le montant des ressources financières dont dispose le candidat-preneur ;

8° la preuve du paiement des trois derniers loyers.

Aucune autre donnée ne peut être exigée de la part du bailleur à moins qu'elle poursuive une finalité légitime et que la demande soit justifiée par des motifs sérieux, proportionnés avec la finalité poursuivie.

Règles supplétives, impératives et d'ordre public : rappel

Une **règle supplétive** est une règle à laquelle il peut être dérogé dans le contrat.

Une **règle impérative** est une règle à laquelle on ne peut pas déroger dans le contrat.

Une **règle d'ordre public** est une règle qui protège l'intérêt général, et à laquelle on ne peut pas déroger dans le contrat.

L'alinéa 3 s'applique **sans préjudice pour les opérateurs immobiliers²⁸⁸ de requérir les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions** définies dans le Code wallon de l'habitation durable.

Cet article est **d'ordre public**. »

Le **premier alinéa** de cet article fait donc référence au décret wallon susmentionné, qui traite de la lutte contre certaines formes de discrimination. Il n'est dès lors pas question de refuser un candidat uniquement en raison de son identité de genre, de sa fortune, de son expression de genre, ou encore de son orientation sexuelle.

Le **deuxième alinéa** de cet article liste les **données générales** que la bailleuse ou le bailleur peut demander au candidat preneur ou à la candidate preneuse. On notera toutefois que plusieurs associations, dont Vie Féminine, ont notamment critiqué le critère de la « composition de ménage » :

« Cela renforce les discriminations que vivent déjà les ménages ne correspondant pas aux représentations majoritaires : les femmes seules avec enfants (84 % des familles monoparentales ont à leur tête une femme, d'après les chiffres de l'Institut wallon de la statistique), les **couples homosexuels**, les familles nombreuses non conventionnelles... Les propriétaires n'ont pas besoin de connaître la composition de ménage et les liens entre les personnes. Connaître le nombre de personnes qui y habiteront est une information suffisante. »²⁸⁹

Le **troisième alinéa** prévoit une possibilité pour la bailleuse ou le bailleur de requérir d'autres données générales que celles mentionnées dans la liste du deuxième alinéa, à condition que la requête soit justifiée par des motifs sérieux et proportionnés avec la finalité poursuivie.

²⁸⁸ Le Code wallon de l'habitation durable définit **l'opérateur immobilier** comme « un pouvoir local, une régie autonome, la Société wallonne du logement [SWL], une société de logement de service public [SLSP], le Fonds du logement des familles nombreuses de Wallonie, une agence immobilière sociale [AIS] ou une association de promotion du logement, la Société wallonne du Crédit social » (article 1^{er}, 23°).

²⁸⁹ REDACTION, « Nouveau bail wallon : attention aux discriminations », *Magazine Axelle*, disponible à l'adresse suivante : <https://www.axellemag.be/brevs/bail-wallon-discriminations/> (consulté le 3 avril 2024).

Le **quatrième alinéa** permet aux opérateurs immobiliers (tels que les AIS et les SLSP) de requérir d'autres informations, nécessaires à l'exercice de leur mission.

Tests de discrimination

Le 30 novembre 2023, le Parlement wallon a adopté un nouveau décret visant à **lutter contre la discrimination** dans l'accès au logement (*Moniteur belge*, 22 décembre 2023). Ce décret est entré en vigueur en date du 1^{er} janvier 2024. Il s'agit de créer « un cadre spécifique permettant la réalisation de **tests de discrimination** visant à lutter contre toutes formes de discrimination au sens des **articles 3 et 15** du décret du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination, ainsi que l'instauration d'amendes administratives applicables en cas de discriminations constatées conformément aux dispositions du présent décret » (article 1^{er} du décret).

Des agents désignés par le Gouvernement wallon sont chargés de réaliser ces tests. Concrètement, ces derniers peuvent prendre la forme d'un **test de situation** ou d'un **test du client-mystère** :

- Le test de **situation** se déroule comme suit : « [D]eux sujets ou plus, réels ou fictifs, présentant des profils similaires qui ne diffèrent significativement que par le ou les critère(s) à tester, manifestent leur intérêt ou présentent leur candidature auprès d'un bailleur ou d'un agent immobilier, à la suite de quoi les réponses sont comparées, en vue de vérifier leur conformité au présent décret. » (article 5, § 2) ;
- Le test du **client-mystère** se déroule comme suit : « [U]n client ou un candidat réel ou fictif présente une demande à un bailleur ou à un agent immobilier en vue de vérifier la conformité au décret du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination, de la réponse donnée. » (article 5, § 3).

Les agents qui commettent, en application des dispositions du présent décret, des infractions absolument nécessaires à l'exercice et à la finalité de leurs missions sont exemptés de toute sanction pénale. Toutefois, ces infractions doivent être nécessairement proportionnelles à l'objectif visé (article 9).

En plus de ces tests, ce décret prévoit également diverses procédures connexes :

- Instauration d'une **procédure de plainte** auprès de l'administration à l'encontre de l'auteur présumé d'une discrimination (article 6) ;
- Procédure de **notification des faits discriminatoires reprochés** au bailleur ou à l'agent immobilier (article 7) ;
- Mise en place de **sanctions** : des **sanctions administratives** sont possibles, même en l'absence de procédure pénale (articles 7 et 8).

L'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficulté(s) sociale(s)

Les **maisons d'accueil**, les maisons de vie communautaire, les **abris de nuit** et les maisons d'hébergement de type familial sont réglés par le **code wallon de l'action sociale et de la santé**, qui est composé d'une partie décrétable et d'une partie règlementaire²⁹⁰. Ces structures ne relèvent pas à proprement parler de la politique du logement, mais bien de celle de l'aide sociale, telle que visée à l'article 5, § 1^{er}, II, 2^o de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. La

²⁹⁰ Code wallon de l'action sociale et de la santé – Partie décrétable du 29 septembre 2011 (*Moniteur belge*, 21 décembre 2011) ; code règlementaire wallon de l'action sociale et de la santé du 4 juillet 2013 (*Moniteur belge*, 30 août 2013).

Communauté française a transféré l'exercice de la compétence en matière d'aide aux personnes²⁹¹ (qui comprend l'aide sociale) à la Région wallonne en région de langue française, et à la COCOF en région bilingue de Bruxelles-Capitale²⁹².

Un récent décret wallon du 25 avril 2024 (*Moniteur belge*, 5 juillet 2024) modifie toutefois le paysage de l'accueil, de l'hébergement et de l'accompagnement des personnes en difficultés sociales en Région wallonne. Il prévoit :

- « la **suppression des maisons d'hébergement de type familial** ;
- l'ajout de la mission de **post-hébergement** au dispositif, en tant que mission de base à part entière, pour les maisons d'accueil agréées. Cette mission est renforcée grâce aux collaborations à mettre en place ou à améliorer avec le secteur du logement ;
- l'encouragement des collaborations effectives ou à construire entre le nouveau dispositif de l'accueil de jour et les abris de nuit ;
- des précisions relatives à la **mission des abris de nuit** pour prendre en compte tout le travail d'accompagnement et d'orientation effectivement réalisé sur le terrain ;
- **l'augmentation de la durée de séjour en maison d'accueil.** »²⁹³

Ce décret entrera en vigueur le **1^{er} janvier 2025**. Le gouvernement wallon peut toutefois fixer une date d'entrée en vigueur antérieure.

	Missions avant la réforme	Missions après la réforme
Maisons d'accueil	« Les maisons d'accueil ont pour mission d'assurer aux <i>personnes en difficultés sociales</i> un accueil, un hébergement limité dans le temps dans une structure dotée d'équipements collectifs, <i>ainsi qu'un accompagnement adapté afin de les soutenir dans l'acquisition ou la récupération de leur autonomie.</i> » (Article 67 du CWASS)	« Les maisons d'accueil ont pour mission d'assurer aux personnes en difficulté sociale un accueil, un hébergement limité dans le temps dans une structure dotée d'équipements collectifs, ainsi qu'un accompagnement pluridisciplinaire adapté, afin de les soutenir dans l'acquisition ou la récupération de leur autonomie, ainsi qu'un suivi post-hébergement. » (Article 67 du CWASS)
Maisons de vie communautaire	« Les maisons de vie communautaire ont pour mission d'assurer aux <i>personnes en difficultés sociales</i> ayant séjourné préalablement en maison d'accueil ou dans une structure exerçant la même mission et agréée par la Communauté flamande, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française ou une autorité publique d'un État limitrophe, un hébergement de longue durée dans une structure dotée d'équipements collectifs <i>ainsi qu'un accompagnement adapté afin de les soutenir dans l'acquisition ou la récupération de leur autonomie.</i> » (Article 68 du CWASS)	« Les maisons de vie communautaire ont pour mission d'assurer aux personnes en difficulté sociale ayant séjourné préalablement en maison d'accueil ou dans une structure exerçant la même mission et agréée par la Communauté flamande, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française ou une autorité publique d'un État limitrophe, un hébergement de longue durée dans une structure dotée d'équipements collectifs ainsi qu'un accompagnement pluridisciplinaire adapté. » (Article 68 du CWASS)
Abris de nuit	« <i>Les abris de nuit ont pour mission d'assurer inconditionnellement, sous réserve de l'article 104 aux personnes en difficultés sociales dépourvues de logement un hébergement collectif d'urgence pour la nuit. Cette mission peut être exercée en</i>	« Sous réserve des exceptions prévues à l'article 104, les abris de nuit ont pour mission d'assurer inconditionnellement, aux personnes en difficulté sociale dépourvues de logement, un hébergement collectif

²⁹¹ À l'exception de ce qui relève des missions confiées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance, des services Espaces-Rencontres, de l'aide sociale aux justiciables, de la protection de la jeunesse, de l'aide sociale aux détenus et de l'aide juridique de première ligne.

²⁹² Pour la situation, actuelle, cf. les décret de la Communauté française du 3 avril 2014, décret de la COCOF du 4 avril 2014 et décret wallon du 11 avril 2014 relatifs aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (*Moniteur belge*, 25 juin 2014 et 12 mai 2014).

²⁹³ V. SANA, « Sans-abrisme – Publication du décret modifiant le CWASS en matière d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement des personnes en difficulté sociale », *Site web de l'UV/CW*, 5 juillet 2024, disponible à l'adresse suivante : <https://www.uvcw.be/logement/actus/art-9002#:~:text=Ce%205%20juillet%2C%20a%20%20C3%A9t%20%20des%20personnes%20en%20difficult%20%20sociale>. (consulté le 5 août 2024).

	<i>s'appuyant sur des structures agréées dans le cadre du présent titre, lors d'une convention conclue dans le respect de l'article 75, 6°. » (Article 69 du CWASS)</i>	d'urgence pour la nuit. Ils ont pour mission de tisser, par l'accueil et l'hébergement en urgence, un lien avec le public en vue d'enclencher un processus de réinsertion. Ils informent et orientent, dans la mesure du possible, les personnes vers les services pouvant répondre à leurs difficultés. L'hébergement visé à l'alinéa 1er peut être assuré par des structures agréées dans le cadre du présent Titre, par le biais d'une convention. » (Article 69 du CWASS)
Maisons d'hébergement de type familial	<i>« Les maisons d'hébergement de type familial ont pour mission d'assurer aux personnes en difficultés sociales un hébergement limité dans le temps. » (Article 70 du CWASS)</i>	Abrogé

Les passages en gras sont ceux qui ont été nouvellement insérés, tandis que ceux en italiques sont ceux qui ont fait l'objet d'une modification lors de la réforme suivante.

2. La politique de santé

Cette section reprend les éléments principaux sur les compétences de la Région wallonne en matière de santé. Elle est également organisée en trois sections principales : la première présente les principes généraux qui entourent cette compétence ; la seconde détaille les différents niveaux de pouvoirs qui se partagent la compétence santé au sein de l'État belge, et la manière dont ces différents niveaux de pouvoirs sont articulés ; enfin, la dernière section présente en profondeur certains acteurs qui participent à la mise en œuvre des politiques de santé au niveau régional.

Les principes généraux

La **politique de santé** est une des composantes des **matières personnalisables**, qui tombent dans le champ de compétence des Communautés. Dans l'article 5, § 1^{er}, I de la loi spéciale du 8 août 1980, on peut distinguer **huit domaines, qui composent la politique de santé** :

- Le 1^o concerne la **politique hospitalière**, dont les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux ;
- Le 2^o concerne la politique de dispensation de soins de **santé mentale** dans les institutions de soins autres que les hôpitaux (les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée et les plateformes de soins de santé mentale) ;
- Le 3^o concerne la politique de dispensation de soins dans les **institutions pour personnes âgées** (« les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les centres de court séjour »²⁹⁴), dont les services de gériatrie isolés (« services G isolés ») ;
- Le 4^o concerne la politique de dispensation des soins dans les **services spécialisés isolés de revalidation et de traitement** (les « services Sp isolés ») ;
- Le 5^o concerne la politique de **revalidation long term care** ;
- Le 6^o concerne l'**organisation des soins de santé de première ligne** et le **soutien aux professions des soins de santé de première ligne** ;
- Le 7^o concerne les **professions des soins de santé**, et plus particulièrement :
 - Les agréments (a) ;
 - Le contingentement (b) ;

²⁹⁴ SENAT, *Document parlementaire*, session 2013-2014, n° 5-2232/5, p. 16.

- Le 8° concerne l'**éducation sanitaire, ainsi que les activités et services de médecine préventive.**

Si ces compétences sont attribuées aux trois **Communautés**, il convient toutefois d'évoquer deux tempéraments. D'une part, de nombreuses exceptions sont prévues, au profit de **l'Autorité fédérale**. D'autre part, la Communauté française a transféré une grande partie de l'exercice de sa compétence en matière de politique de santé à la **Région wallonne** (en région de langue française) et à la **COCOF** (en région bilingue de Bruxelles-Capitale).

La politique de santé, une compétence morcelée

Dans un premier temps, les compétences en matière de politique de santé de l'Autorité fédérale sont évoquées (a.). Ensuite, nous revenons sur les quelques compétences dont la Communauté française a conservé l'exercice (b.). Enfin,

L'Autorité fédérale

Plusieurs exceptions à la compétence communautaire, au profit de **l'Autorité fédérale**, sont mentionnées dans cet article 5, § 1^{er}, I de la loi spéciale du 8 août 1980 (cf. **couleur rouge**) :

I. En ce qui concerne la **politique de santé** :

1° sans préjudice de l'alinéa premier, 2°, 3°, 4°, 5° et 6°, la politique de **dispensation de soins** dans et au dehors des institutions de soins, à l'exception :

- a) de la **législation organique**, à l'exception du coût des investissements de l'infrastructure et des services médicotechniques ;
- b) du **financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique**, et ce, sans préjudice des compétences des communautés visées au a) ;
- c) des **règles de base relatives à la programmation** ;
- d) de la **détermination des conditions et la désignation comme hôpital universitaire** conformément à la législation sur les hôpitaux ;

2° la politique de **dispensation des soins de santé mentale** dans les institutions de soins autres que les hôpitaux ;

3° la politique de **dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées**, en ce compris les services de gériatrie isolés ;

4° la politique de **dispensation de soins dans les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement** ;

5° la politique de **revalidation long term care** ;

6° l'organisation des **soins de santé de première ligne** et le soutien aux professions des soins de santé de première ligne ;

7° en ce qui concerne les **professions des soins de santé** :

- a) leur agrément, dans le respect des **conditions d'agrément déterminées par l'autorité fédérale** ;

b) leur contingentement, dans le respect, le cas échéant, du **nombre global que l'autorité fédérale peut fixer annuellement par communauté pour l'accès à chaque profession des soins de santé** ;

8° **l'éducation sanitaire** ainsi que les activités et services de médecine préventive, ainsi que toute initiative en matière de **médecine préventive**.

L'autorité fédérale reste toutefois compétente pour :

1° **l'assurance maladie-invalidité** ;

2° **les mesures prophylactiques nationales**.

L'Autorité fédérale est donc compétente en matière de **financement de l'exploitation des hôpitaux**. Ce financement comprend notamment les coûts relatifs aux services communs (alimentation, services entretien, etc.) et aux services cliniques (médicaments courants, personnel infirmier, etc.). Notons que les **investissements dans l'infrastructure**²⁹⁵ et les **investissements dans les services** médicotechniques²⁹⁶ ne tombent pas dans l'escarcelle fédérale (cf. *infra*). L'Autorité fédérale est également compétente pour déterminer les **règles de programmation**²⁹⁷ et la **législation organique** (« les règles de base et les lignes directrices de la politique hospitalière »²⁹⁸) des hôpitaux. C'est également elle qui détermine les conditions et la **désignation comme hôpital universitaire**, conformément à la législation sur les hôpitaux.

Attention toutefois que l'article comporte l'expression « sans préjudice de l'alinéa premier, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° ». Cela veut donc dire que les compétences fédérales que nous venons de citer ne sont valables qu'en matière de politique hospitalière, et que dès lors, elles ne concernent pas les **institutions extrahospitalières** (les institutions de santé mentale visées à l'article 2°, les institutions pour personnes âgées et services de gériatrie isolés du 3°, et les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement du 4°). Elles ne sont également pas d'application pour la revalidation *long term care* (5°), pour l'organisation des soins de santé de première ligne, ainsi que pour le soutien aux professions des soins de santé de première ligne (6°)²⁹⁹.

En plus de ces compétences liées à la politique hospitalière, l'Autorité fédérale dispose encore de larges compétences en matière d'**agrément** et de **contingentement** des professions de soins de santé. Pour la définition des normes d'agrément, les Communautés ne disposent en pratique que d'une simple compétence d'exécution, la collectivité fédérale restant seule compétente pour établir les normes d'agrément, « qui sont identiques dans toute la Belgique »³⁰⁰. Pour ce qui est du contingentement, l'Autorité fédérale « reste compétente pour la fixation du nombre global maximum de candidats qui ont accès annuellement à chacune des professions des soins de santé,

²⁹⁵ La **construction** et la **rénovation d'hôpitaux**.

²⁹⁶ L'**appareillage médical lourd** (qui correspond actuellement au tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, au service de radiothérapie et aux scanners à émissions de positons).

²⁹⁷ La **fixation des nombres maximaux de services hospitaliers**, sections, fonctions hospitalières, services médicaux et médico-techniques, programmes de soins et appareils lourds, etc. compte tenu notamment des chiffres de la population, de la structure d'âge, de la morbidité et de la répartition entre entités fédérées, et moyennant un éventuel régime particulier pour les hôpitaux universitaires. SENAT, *Document parlementaire*, session 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 36-37.

²⁹⁸ SENAT, *Document parlementaire*, session 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 35-36.

²⁹⁹ A.-S. RENSON, « Soins de santé » in M. UYTENDAELE et M. VERDUSSEN (dir.), *op. cit.*, p. 797-825

³⁰⁰ SENAT, *Document parlementaire*, session 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 47.

à savoir l'exercice de l'art médical, l'art pharmaceutique, la kinésithérapie, l'art infirmier, la profession de sage-femme, la profession de secouriste-ambulancier et les professions paramédicales, qui sont scindés par communauté »³⁰¹. « Au sein de ce nombre, les communautés peuvent fixer des sous-quotas par spécialité »³⁰².

Enfin, l'Autorité fédérale dispose également de compétences transversales en matière de soins de santé. Il s'agit tant de **compétences réservées** (prévues dans l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa 2 – cf. *supra*) que de **compétences résiduelles**.

Commençons par évoquer les deux grandes **compétences réservées** à la collectivité fédérale. L'Autorité fédérale est compétente en matière d'**assurance maladie-invalidité** (et l'INAMI, créé le 1^{er} janvier 1964), ce qui constitue bien évidemment un pan important de la politique de santé. Il convient toutefois de signaler qu'à l'occasion de la sixième réforme de l'État, un certain nombre de matières qui étaient prises en charge par l'assurance maladie-invalidité ont été confiées aux Communautés et Régions. Nous y reviendrons. L'Autorité fédérale est également compétente pour les mesures prophylactiques nationales, c'est-à-dire les **vaccins obligatoires**. Seule la vaccination contre la poliomyélite³⁰³ est obligatoire en Belgique.

En ce qui concerne les **compétences résiduelles**, l'Autorité fédérale est notamment compétente pour « toute **mesure d'urgence nécessitée par une pandémie aigüe**, pour la réglementation de l'art de guérir et des professions paramédicales, en ce compris les droits des patients (à l'exception des normes d'agrément y relatives), pour la **réglementation des médicaments** et des denrées alimentaires et des dispositifs médicaux, pour la **réglementation du sang**, du matériel corporel humain et de la **procréation médicalement assistée** (à l'exception des normes d'agrément relatives) ainsi que pour l'aide médicale urgente »³⁰⁴.

La Communauté française

Si certains grands domaines restent donc dans le giron fédéral, qu'en est-il des politiques de santé que peut mener la Communauté française ? À la suite d'accords intra-francophones, la Communauté française a transféré une très grande partie de ses compétences en matière de santé à la **Région wallonne** (sur son territoire de langue française) et à la **COCOF** (sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale). Concrètement, **seuls huit sous-secteurs** continuent de relever la compétence de la **Communauté française**³⁰⁵ :

- a) des **hôpitaux universitaires** ;
- b) des **conventions de revalidation conclues avec les hôpitaux universitaires** ;
- c) de l'**Académie royale de médecine de Belgique** ;
- d) de l'**agrément** et du **contingentement des professions des soins de santé** ;

³⁰¹ SENAT, *Document parlementaire*, session 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 48.

³⁰² *Ibid.*

³⁰³ Cf. arrêté royal du 26 octobre 1966 rendant obligatoire la vaccination antipoliomyélitique (*Moniteur belge*, 6 décembre 1966).

³⁰⁴ SENAT, *Document parlementaire*, session 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 49.

³⁰⁵ Article 3 du décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (*Moniteur belge*, 25 juin 2014).

- e) des **activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants** ;
- f) de ce qui relève des missions confiées à l'**Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)** ;
- g) du **contrôle médico-sportif** ;
- h) de la **Société scientifique de médecine générale**.

Comme le note Jean Faniel, « la Communauté française conserve en particulier **ce qui touche à l'enfance ou aux institutions d'enseignement, hôpitaux universitaires compris** ».

Il convient de préciser ce que recouvrent ces **huit sous-secteurs**.

La Communauté française est donc compétente en matière d'**hôpitaux universitaires** (l'Hôpital Érasme de l'ULB, les cliniques Saint-Luc et de Mont-Godinne de l'UCL et le Centre hospitalier universitaire de Liège de l'ULiège). On rappellera toutefois que de nombreuses exceptions fédérales en matière de politique hospitalière – telles que le financement de l'exploitation et la définition de la programmation – encadrent cette compétence communautaire (cf. *supra*). La Communauté française est compétente pour les **normes d'agrément** des hôpitaux universitaires, ainsi que pour le **financement des infrastructures** et des services médico-techniques de ces hôpitaux. La Communauté française dispose également de la compétence en matière de **conventions de revalidation conclues avec les hôpitaux universitaires**. Cette dernière dimension doit être considérée comme une exception au fait que la politique de revalidation *long term care* (article 5, § 1^{er}, I, 5^o) est transférée à la Région wallonne et à la COCOF.

La compétence en matière d'**agrément** et de **contingement** des professions des soins de santé reste également dans le giron communautaire, à l'exception des compétences fédérales mentionnées dans le chapitre précédent.

La Communauté française est compétente pour les **activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants**, ainsi que pour les missions confiées à l'**Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)**. Ces deux compétences sont des exceptions au fait que la politique de promotion de la santé et de médecine préventive (article 5, § 1^{er}, 8^o) a été transférée à la Région wallonne et à la COCOF. Ainsi, les campagnes de **vaccination** à destination des **jeunes** entre 0 et 18 ans sont du ressort de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La **Promotion de la santé à l'école** (Service PSE³⁰⁶) – anciennement connue sous le nom d'Inspection médicale scolaire – rentre également dans le champ de compétence communautaire. C'est également le cas de la promotion de l'hygiène dentaire dans les écoles, ainsi que de certains programmes de dépistage (notamment le dépistage des anomalies métaboliques et celui de la surdité des nouveau-nés)³⁰⁷.

Vu que la Communauté française est compétente pour la politique sportive, le **contrôle médico-sportif** reste également dans le giron communautaire. Enfin, la Communauté française est

³⁰⁶ Décret de la Communauté française du 14 mars 2019 relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités (*Moniteur belge*, 17 avril 2019).

³⁰⁷ Parlement de la Communauté française, *Document parlementaire*, session 2013-2014, n° 587/1, pp. 10-11.

compétente à l'égard de l'**Académie royale de médecine de Belgique**, et de la **Société scientifique de médecine générale**.

La Région wallonne

Soyons bien précis quant à l'usage des concepts : la politique de santé n'est pas une matière régionale. La Région wallonne ne fait qu'**exercer** des compétences, qui ne lui sont pas attribuées par la Constitution ou par la loi spéciale.

La Communauté a donc transféré l'exercice de la **compétence en matière de politique de santé** à la Région wallonne, à l'exception des huit dimensions mentionnées dans le chapitre précédent qui sont encore du ressort de la Communauté française. Rappelons également que l'article 5, § 1^{er}, I prévoit d'importantes exceptions au profit de l'Autorité fédérale.

La politique hospitalière régionale concerne donc les **hôpitaux non-universitaires**. Les **hôpitaux psychiatriques**³⁰⁸ et les **hôpitaux généraux** font donc partie de la politique hospitalière régionale. À l'égard de ces hôpitaux, la Région wallonne est compétente pour la définition des normes d'agrément, ainsi que le financement de l'infrastructure et des services médico-techniques³⁰⁹. Pour rappel, les grandes exceptions fédérales en matière de politique hospitalière (financement de l'exploitation, législation organique, règles de base relatives à la programmation) réduisent le champ de l'exercice de cette compétence par la Région wallonne. De plus, en raison des liens qu'ils entretiennent avec l'enseignement, les hôpitaux universitaires continuent de relever de la compétence de la Fédération Wallonie-Bruxelles (cf. *supra*).

La Région wallonne exerce l'entière des compétences en matière de politique de **dispensation des soins de santé mentale** (dans les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée et les plateformes de soins de santé mentale), ainsi qu'en matière de politique de **dispensation de soins dans les services spécialisés isolés de révalidation et de traitement**. La politique de **dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées** (les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour, les centres de court séjour, les services de gériatrie isolés) lui a également été confiée. Pour expliquer la différence entre les différentes institutions pour personnes âgées, V. de Greef tient les propos suivants :

« [Par opposition aux maisons de repos pour personnes âgées (dites "MR" ou "MRPA"), les maisons de repos et de soins (dites "MRS") sont caractérisées par une structure qui prend en charge des personnes fortement dépendantes et nécessitant des soins. Les services de gériatrie isolés concernent la révalidation de patients gériatriques. »³¹⁰

On notera qu'à la différence de la politique hospitalière – qui comporte de larges exceptions au profit de l'Autorité fédérale et de la Communauté française –, la Région wallonne est ici **pleinement compétente à l'égard des institutions** de soins de santé mentale (autres que les hôpitaux), des institutions pour personnes âgées et des services spécialisés isolés de révalidation et

³⁰⁸ Et les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

³⁰⁹ Le financement des infrastructures et des services médico-techniques renvoie aux sous-parties A1 et A3 du budget des hôpitaux (BMF).

³¹⁰ V. DE GREEF, « Maisons de repos » in M. UYTENDAELE, M. VERDUSSEN (dir.), *op. cit.*, pp. 524-525.

de traitement. Elle peut par exemple déterminer les normes d'agrément, mais également définir **règles de programmation** de ces institutions. Cette compétence est d'autant plus importante que la Région wallonne a également la charge de définir leur **financement forfaitaire**. Dès lors, il convient de faire une distinction entre le remboursement des prestations individuelles de soins de santé – du ressort fédéral, à travers l'assurance maladie-invalidité et l'INAMI³¹¹ – et les prestations collectives, lesquelles s'inscrivent dans le cadre du fonctionnement général de l'institution et sont couvertes par la politique régionale en matière de financement forfaitaire. Par exemple, l'allocation forfaitaire qui couvre le « paquet de soin » de base dispensé dans une maison de repos (assistance dans les actes de la vie quotidienne, prestations de logopédie, une liste définie de matériel de soins, etc.) est réglée par la Région wallonne, et non pas l'Autorité fédérale. En d'autres termes, on assiste ici à une « **fragmentation de la sécurité sociale** » entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées³¹².

La **politique dite de *long term care***³¹³ a également été transférée à la Région wallonne. La Région wallonne **se substitue** donc à l'INAMI « dans une série de conventions de rééducation fonctionnelle (appelées également “conventions de revalidation”), qui ont pour objet de fixer la part d'intervention de l'INAMI dans le prix des prestations de santé »³¹⁴. Ont notamment été transférées les conventions de revalidation relatives aux déficiences visuelles, aux troubles de l'**ouïe**, à la rééducation fonctionnelle des **toxicomanes**, et aux centres de rééducation ambulatoire (autrefois dénommés ORL/PSY). Il y a toutefois une exception : les conventions de revalidation conclues avec les hôpitaux universitaires demeurent de la compétence de la Communauté française (cf. *supra*).

La Région wallonne devient également compétente pour les **dispositifs relatifs à l'organisation des soins de santé de première ligne** et au **soutien aux professions des soins de santé de première ligne**, ce qui reprend notamment les règles relatives aux cercles des médecins généralistes, le **Fonds Impulseo** pour la médecine générale³¹⁵, les réseaux locaux multidisciplinaires (RLM) et les **services intégrés de soins à domicile (SISD)**³¹⁶. Ces dispositifs « sont pour la plupart **liés à un territoire** donné [et] participent à la planification de l'offre de soins,

³¹¹ Précisons d'ailleurs que les **soins de santé mentale** par l'administration de soins à domicile sont régis par l'assurance maladie-invalidité réservée à l'**Autorité fédérale**.

³¹² V. DE GREEF, « Maisons de repos » in M. UYTENDAELE, M. VERDUSSEN (dir.), *op. cit.*, p. 531.

³¹³ « [L]es soins non aigus et post-aigus dispensés de façon multidisciplinaire dans le cadre des interactions parents-enfants, dans le cadre des troubles mentaux, sensoriels ou d'assuétude, de la voix et de la parole, d'infirmité motrice d'origine cérébrale, pour les enfants atteints d'affections respiratoires et neurologiques, quel que soit l'établissement où ces soins sont dispensés, ainsi que les soins non aigus ou post-aigus dispensés de façon multidisciplinaire en dehors des hôpitaux généraux, universitaires et hôpitaux où sont effectuées à la fois des prestations chirurgicales et médicales exclusivement pour enfants ou en rapport avec les tumeurs, dans le cadre de troubles moteurs. » SENAT, *Document parlementaire*, session 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 37.

³¹⁴ M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, « Les transferts de compétences intrafrancophones consécutifs à la sixième réforme de l'État », *Revue Belge de Sécurité Sociale*, vol. X, n° 2, p. 450.

³¹⁵ « Il s'agit d'un Fonds créé par l'autorité fédérale afin d'octroyer une aide financière **visant à favoriser l'installation de médecins généralistes** (par exemple, en encourageant l'installation de médecins généralistes dans des zones nécessitant la présence de médecins généralistes supplémentaires, en octroyant un soutien financier pour l'employé(e) qui assiste le regroupement de médecins généralistes dans l'accueil et la gestion de la pratique,...) » *Ibid.*, p. 449.

³¹⁶ « Dans une zone de soins donnée, le **service intégré de soins à domicile (SISD)** organise et encadre les prestations de soins à domicile qui demandent l'intervention de praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines (médecin, kinésithérapeutes, infirmiers...). Les SISD **ne sont pas des dispensateurs de soins**, mais ils doivent veiller à ce que les soins et services de première ligne soient accessibles, organisés et bien dispensés. Ils sont aussi promoteurs d'initiatives. » AVIQ, « Service intégré de soins à domicile », *Site web de l'AVIQ*, disponible à l'adresse suivante : <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-et-aides-domicile/service-integre-de-soins-domicile-sisd#:~:text=Dans%20une%20zone%20de%20soins,%2C%20infirmiers> (consulté le 18 avril 2024).

et permettent d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, grâce à une **mise en réseau** des prestataires de soins »³¹⁷.

En matière d'éducation sanitaire et de médecine préventive, la Région wallonne peut mener des **politiques d'éducation sanitaire et de médecine préventive**, à l'exception des « activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants » et des missions de l'ONE, lesquelles font toujours partie du champ d'action de la Communauté française. La **vaccination des adultes**, le sevrage tabagique et la **lutte contre les assuétudes** (hors du cadre scolaire) tombent par exemple dans le champ d'action de la Région wallonne. En vertu du CWASS, le gouvernement wallon adopte un **plan de prévention et de promotion de la santé** « présentant le diagnostic de situation relatif à l'état de santé de la population de la région de langue française, fixant les objectifs transversaux et thématiques de santé, guidant les actions et les stratégies à mettre en œuvre en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies »³¹⁸. Afin de mettre en œuvre le plan, le gouvernement agréé des **centres locaux de promotion de la santé** (CLPS), des **centres d'expertise en promotion de la santé** (CEPS), des **centres d'opérationnalisation en médecine préventive** et des **opérateurs en promotion de la santé**³¹⁹.

Comme le note Mathias El Berhoumi, « la ligne de démarcation tracée entre les mineurs et les majeurs a été bousculée notamment sur la question de la vaccination contre le Covid. La Communauté française n'est devenue compétente qu'à partir du moment où cette vaccination a été étendue aux personnes âgées de 16 et 17 ans. Plutôt que de développer ses propres centres de vaccination, elle a conclu avec la Région un accord de coopération en vue d'utiliser les siens, moyennant indemnisation » (*Revue générale*, n° 2022/1, mars 2022, disponible en ligne)

On notera que la Communauté française n'a pas transféré l'exercice de sa compétence en matière d'agrément et de contingentement des professions de soins de santé à la Région wallonne. La Communauté française demeure dès lors seule compétente – dans le respect des normes adoptées en la matière par l'Autorité fédérale.

Zoom sur certains acteurs

Nous présentons synthétiquement les maisons médicales, l'AVIQ et les centres de planning familial.

Les maisons médicales

En Région wallonne, les maisons médicales sont agréées en qualité d'« **associations de santé intégrée (ASI)** ». Le 29 mars 1993, l'Exécutif de la Communauté française votait un décret « relatif à l'agrément et au subventionnement des **associations de santé intégrée** » (*Moniteur belge*, 27 mai 1993). Toutefois, la même année, la Communauté française transférait une grande partie de ces

³¹⁷ J. LUDMER, « Les nouvelles compétences des communautés et de la commission communautaire commune dans les matières personnalisables », in J. SAUTOIS et M. UYTENDAELE (dir.), *La Sixième Réforme de l'État (2012-2013) – Tournant historique ou soubresaut ordinaire ?*, Limal, Anthemis, 2013, pp. 405-406.

³¹⁸ Article 47/7, 4° du CWASS.

³¹⁹ Article 47/8 du CWASS.

compétences en matière de politique de santé à la **Région wallonne et à la COCOF**. Ces deux dernières exercent dès lors les compétences en matière d'ASI.

En Région wallonne, les ASI sont définies par le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé (CWASS) :

« [T]oute association pratiquant la dispensation par une équipe de premier recours, **pluridisciplinaire en matière médico-psycho-sociale**, ci-après dénommée "l'équipe", de soins octroyés dans une approche globale, tant organique que psychologique et sociale, **considérant le malade comme un sujet ayant une histoire personnelle** et s'intégrant dans un environnement familial, professionnel et socio-économique, de soins intégrés octroyés en incluant la prévention qui peut être réalisée, soit lors de contacts individuels, soit lors des actions menées vis-à-vis d'une population définie, de soins continus octroyés en assurant la synthèse, la maîtrise et le suivi de l'information relative à l'ensemble des problèmes de santé vécus par le patient tout au long de sa prise en charge, à quelque niveau que ce soit. »³²⁰

L'association de santé intégrée choisit de facturer les prestations « **soit au forfait** (dans ce cas, aucune intervention financière n'est demandée au patient qui a préalablement procédé à son inscription), **soit à l'acte** (dans ce cas, le patient paie les prestations à l'acte) »³²¹.

Il faut toutefois rappeler que le remboursement des prestations de soins **continue de relever des compétences de l'INAMI**.

L'AVIQ

Un décret wallon du 3 décembre 2015³²² a créé l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles. Le nom usuel de cet organisme est AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité). L'AVIQ est un organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique³²³, elle est chargée de la **mise en œuvre de la politique de santé, de la politique familiale, de la politique des personnes en situation de handicap, de la politique du troisième âge et des prestations familiales**³²⁴.

Les règles et conditions spéciales selon lesquelles l'Agence exerce les missions qui lui sont confiées dans le CWASS sont arrêtées dans un contrat de gestion passé avec le Gouvernement wallon. Ce contrat (2024-2029) est disponible [ici](#).

³²⁰ Article 419, 1^o du Code wallon de l'Action sociale et la Santé (CWASS).

³²¹ AVIQ, « Association de santé intégrée (ASI) », *Site web de l'AVIQ*, disponible à l'adresse suivante : <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-ambulatoires/associations-de-sante-integree-asi> (consulté le 21 avril 2024).

³²² *Moniteur belge*, 14 décembre 2015.

³²³ Article 2 du CWASS.

³²⁴ Article 2/2 du CWASS.

Les centres de planning familial

Historiquement, les centres de planning familial ne relèvent pas de la politique santé. Ils font partie de la politique familiale³²⁵ – une sous-dimension de la politique d'aide aux personnes³²⁶. La Communauté française a transféré l'exercice de cette compétence à la Région wallonne (sur le territoire de langue française) et à la COCOF (sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale). En Région wallonne, les centres de planning familial sont donc réglés par le Livre III (consacré à l'Aide aux familles), Titre II du CWASS.

Toutefois, ces institutions mènent des actions qui sont directement liées à la politique de santé. Pour rappel, la Région wallonne exerce les compétences en matière d'éducation sanitaire et de médecine préventive (à l'exception des activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants, ainsi que de ce qui relève des missions confiées à l'ONE). Dès lors, il n'est pas étonnant de retrouver, parmi les missions des centres de planning familial, des éléments qui semblent plutôt relever des domaines de l'information, de la sensibilisation et de la prévention sanitaires (la promotion de la contraception, la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, etc.)³²⁷.

En 1997, lorsque la Région wallonne avait adopté un décret consacré aux centres de planning de familial³²⁸, la Communauté française ne lui avait pas encore transféré l'exercice de la compétence en matière d'éducation sanitaire et de médecine préventive. Toutefois, Raphaël Born évoquait déjà le fait que ces centres de planning familial ne se limitaient pas à mener des actions relevant de la seule politique familiale :

« Parmi les missions qui sont assignées aux centres, l'on remarquera que certaines d'entre elles tiennent davantage à la médecine préventive ou à l'éducation sanitaire qu'à l'aide aux personnes à proprement parler. »³²⁹

3. La lutte contre les discriminations

Le contexte général

Au niveau fédéral, les trois principales lois de lutte contre les discriminations sont les suivantes :

- La **loi anti-discrimination** du 10 mai 2007 (pour les critères protégés de l'âge, de l'orientation sexuelle, de l'état civil, de la naissance, de la fortune, de la conviction religieuse ou philosophique, de la conviction politique, de la conviction syndicale, de la langue, de l'état de santé, du handicap, de la caractéristique physique ou génétique, et de l'origine ou de la condition sociale) ;

³²⁵ « II. En matière d'aide aux personnes : 1° La politique familiale en ce compris toutes les formes d'aide et d'assistance aux familles et aux enfants. [...] ». Article 4, § 1^{er}, II, 1° de la loi spéciale du 8 août 1980.

³²⁶ L'aide aux personnes est – tout comme la politique de santé – une des composantes des matières personnalisables.

³²⁷ Cf. article 187 du CWASS.

³²⁸ Décret de la Région wallonne du 18 juillet 1997 relatif aux centres de planning familial et conjugal (*Moniteur belge*, 23 septembre 1997).

³²⁹ R. BORN, « Bilan de l'exercice des compétences transférées par la Communauté française », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, vol. 1783-1784, n° 38-39, 2002, p. 54.

- La **loi anti-racisme** du 30 juillet 1981 (pour les critères protégés de la nationalité, de la prétendue race, de la couleur de peau, et de l'ascendance ou de l'origine nationale ou ethnique) ;
- La **loi genre** du 10 mai 2007 (pour les critères protégés du sexe, de la grossesse, de la procréation médicalement assistée, de l'accouchement, de l'allaitement, de la maternité, des responsabilités familiales, de l'identité de genre, de l'expression de genre, des caractéristiques sexuelles et de la transition médicale ou sociale).

Toutefois, dans leurs domaines de compétence, les entités fédérées se sont dotées de leurs propres législations de lutte contre les discriminations. Ces textes légaux présentent de très grandes similitudes avec le corpus législatif fédéral. Dans la suite de notre exposé, nous nous concentrons sur l'étude du **décret régional wallon**.

La lutte contre les discriminations en Région wallonne

Après avoir circonscrit le champ d'application du décret, nous étudions le concept de discrimination. Nous présentons ensuite les deux principaux organismes pour l'égalité de traitement, ainsi que la procédure de plainte.

Le champ d'application

Le texte régional de référence en matière de lutte contre les discriminations est le **décret wallon du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination** (*Moniteur belge*, 19 décembre 2008).

L'article 3 de ce décret évoque les critères qui sont protégés par la législation, parmi lesquels figurent notamment **l'identité de genre, le sexe, l'expression de genre et l'orientation sexuelle** :

La nationalité, une prétendue race, la couleur de peau, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique, le sexe, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, la maternité, la paternité, la coparentalité, l'adoption, la procréation médicalement assistée, la transition médicale ou sociale, l'identité de genre, l'expression de genre, les responsabilités familiales, l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la composition de ménage, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la conviction syndicale, la langue, l'état de santé, un handicap, une caractéristique physique ou génétique ou l'origine ou la condition sociales.

On remarquera que cette liste comporte quelques (petites) différences avec les critères protégés par le corpus fédéral. Par exemple, le critère « **composition de ménage** » est uniquement évoqué dans le décret wallon.

L'article 5 précise quant à lui les matières qui sont couvertes par ce décret. Parmi celles-ci figurent :

1° la protection sociale, y compris les **soins de santé** ;

2° les **avantages sociaux** ;

3° **l'accès et la fourniture des biens et services** qui sont à la disposition du public indépendamment de la personne concernée et qui sont offerts en dehors de la sphère de la vie privée et familiale, ainsi qu'aux transactions qui se déroulent dans ce cadre, y compris en matière de **logement** ;

[...]

Le concept de discrimination

L'article 15, lu conjointement avec l'article 4, précise **l'étendue du concept de discrimination**. Sont en effet interdites :

- 1° la **discrimination directe** ;
- 2° la **discrimination indirecte** ;
- 3° l'injonction à discriminer ;
- 4° le harcèlement ;
- 5° le harcèlement sexuel ;
- 6° un refus de mettre en place des aménagements raisonnables en faveur d'une personne en situation de handicap.

Apportons quelques précisions. Tout d'abord, il convient de faire une différence entre la **distinction directe** et la **distinction indirecte**. La **distinction directe** se produit lorsque sur la base de l'un ou plusieurs des critères protégés, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre personne ne l'est, ne l'a été ou ne le serait dans une situation comparable. Par exemple, un propriétaire refuse systématiquement la location de son logement aux personnes LGBT, ou écrit dans une annonce qu'il ne loue qu'aux femmes. La **distinction indirecte** se produit lorsqu'une disposition, un critère ou une **pratique apparemment neutre** est susceptible d'entraîner, par rapport à d'autres personnes, un désavantage particulier pour des personnes caractérisées par l'un ou plusieurs des critères protégés. Par exemple, un restaurant qui interdit l'accès aux animaux entraîne un désavantage pour une personne aveugle accompagnée d'un chien.

Se pose toutefois la question du passage du statut de **distinction** (directe ou indirecte) à celui de **discrimination** (directe ou indirecte). En effet, toute distinction ne constitue pas nécessairement une discrimination : il est parfois possible de **justifier** cette distinction. Nous distinguons d'une part les **motifs généraux de justification**, et d'autre part les **motifs spécifiques de justification** « qui varient selon qu'il s'agit d'une distinction directe ou indirecte et, dans le cas des distinctions directes, selon le critère protégé et le domaine d'activité en cause »³³⁰.

En ce qui concerne les **motifs généraux** de justification, nous en distinguons trois :

- L'**action positive** (chapitre VIII du décret) ;
- La **distinction directe ou indirecte imposée par ou en vertu d'une loi ou d'un décret**, pour autant qu'elle soit conforme à la Constitution, le droit de l'Union et le droit international en vigueur en Belgique (article 10, § 2 et 3) ;
- Les **dispositions relatives à la protection de la grossesse et de la maternité** (article 10, § 1^{er}) : ces dispositions sont au contraire « une condition pour la réalisation de l'égalité de traitement entre hommes et femmes »³³¹.

Ces motifs sont valables pour toute distinction directe ou indirecte.

³³⁰ P. WAUTELET et J. RINGELHEIM, *Comprendre et pratiquer le droit de la lutte contre les discriminations*, Anthemis, 2018, p. 44

³³¹ *Ibid.*, p. 52.

Le cas des **motifs spécifiques** est, quant à lui, bien plus complexe. Les motifs spécifiques de justification diffèrent selon que l'on est en présence d'une distinction directe ou d'une distinction indirecte.

Une **distinction indirecte** « fondée sur l'un ou plusieurs des critères protégés constitue une discrimination indirecte, à moins que la disposition, le critère ou la pratique apparemment neutres qui sont au fondement de cette distinction indirecte soient objectivement justifiés par un **but légitime** et que les **moyens** de réaliser ce but soient **appropriés et nécessaires** ou à moins que, en cas de distinction indirecte sur la base d'un handicap, il soit démontré qu'aucun aménagement raisonnable ne peut être mis en place » (article 9). Il s'agit donc d'un mécanisme ouvert de justification.

➔ Autrement dit, le mécanisme de justification repose sur la **double exigence d'un but légitime et de moyens proportionnés** et nécessaires pour atteindre ce but. On notera que dans le cas d'une distinction indirecte fondée sur le handicap, un second motif de justification est possible : il suffit de démontrer qu'aucun aménagement raisonnable ne peut être mis en place.

En ce qui concerne les **distinctions directes**, plusieurs cas de figure doivent être évoqués. Les justifications admises « varient selon le **critère protégé** en cause et, dans certains cas, selon le **domaine d'activité** concerné »³³². L'article 7 expose le principe général, qui comporte deux facettes :

- Lorsque ces **distinctions directes** concernent une prétendue race, la couleur de peau, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique, le sexe, la grossesse, l'accouchement, la coparentalité, l'adoption, la procréation médicalement assistée, la transition médicale ou sociale, l'identité de genre, l'expression de genre ou les responsabilités familiales, elles acquièrent le statut de **discrimination directe** (article 7, § 1^{er}) ;
- Lorsque ces **distinctions directes** concernent la nationalité, l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la composition de ménage, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la conviction syndicale, la langue, l'état de santé, un handicap, une caractéristique physique ou génétique ou l'origine ou la condition sociales, elles acquièrent le statut de **discriminations directes, à moins que** cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un **but légitime** et que les **moyens** réaliser ce but soient **appropriés et nécessaires** (article 7, § 2). Il s'agit donc d'un mécanisme ouvert de justification.

En d'autres termes, pour les critères mentionnés au second point (§ 2), il est possible de démontrer qu'une distinction directe ne constitue pas une discrimination directe. Pour les critères du premier point (§ 1^{er}), il n'est pas possible de trouver une justification à la distinction directe, qui constitue « automatiquement » une discrimination directe.

Mais tempérons tout de suite cette affirmation ! Ce principe général dual de justification des distinctions directes s'applique « par défaut ». En effet, par dérogation à ce principe, il existe des justifications spécifiques à certaines distinctions directes, qui dépendent du **domaine d'activité** (et du critère protégé) **en cause** :

³³² Voir l'article 17 de la loi genre.

- Dans le domaine de la **politique de l'emploi et de la formation**, des distinctions directes fondées sur un des critères protégés **peuvent uniquement être justifiées** par des exigences professionnelles véritables et déterminantes (article 8, § 1^{er}).

On pensera par exemple au recrutement d'une « actrice noire » pour incarner le rôle d'Angela Davis dans un film. Il s'agit là d'une exigence professionnelle véritable et déterminante.

- Pour le critère de **l'âge**, l'article 11 précise que « nonobstant les dispositions de l'article 8, 1^{er}, une distinction directe fondée sur l'âge ne constitue pas une discrimination lorsqu'elle est objectivement et raisonnablement justifiée, par un objectif légitime, notamment par des objectifs légitimes de politique de l'emploi, du marché du travail ou tout autre objectif légitime comparable, et que les moyens de réaliser cet objectif sont appropriés et nécessaires ». En d'autres termes, il est quand même permis d'utiliser un mécanisme ouvert de justification pour le critère de l'âge, même lorsque l'on est dans le domaine de la politique de l'emploi et de la formation.
- Dans le cas d'une distinction directe fondée sur la **conviction religieuse ou philosophique**, une cause de justification supplémentaire est prévue (cf. article 11/1³³³).

C'est notamment le cas de **maisons d'accueil pour les femmes** victimes de violences entre partenaires. Un autre exemple pourrait être celui d'une personne qui indique « réservé aux femmes » dans une annonce, parce que **les pièces de vie commune** – telles que les toilettes, et la salle de bain – sont **partagées avec un autre locataire de sexe féminin**.

- Dans le domaine de **l'accès et la fourniture de biens et services**³³⁴ (**y compris la politique de logement**), des distinctions directes fondées sur le sexe, la grossesse, l'accouchement l'allaitement, la maternité, la paternité, la coparentalité, l'adoption, la procréation médicalement assistée, la transition médicale ou sociale, l'identité de genre et l'expression de genre, **peuvent uniquement être justifiées** si l'accès et la fourniture de biens et services est exclusivement ou essentiellement destinée aux personnes d'un sexe, si cette destination est objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but sont appropriés et nécessaires³³⁵.

Les acteurs

Il est de temps d'aborder les **acteurs** de la lutte contre les discriminations. Parmi les principaux protagonistes, il y a les organismes pour l'égalité de traitement. Il y a, d'une part, Unia (l'ex-Centre

³³³ « Dans le cas des activités professionnelles des organisations publiques et privées, dont le fondement repose sur la conviction religieuse ou philosophique, une différence de traitement directement fondée sur la conviction religieuse ou philosophique ne constitue pas une discrimination lorsque, en raison de la nature des activités ou du contexte dans lequel celles-ci sont exercées, la conviction religieuse ou philosophique constitue une exigence professionnelle essentielle, légitime et justifiée au regard du fondement de l'organisation. [...] »

³³⁴ Pour être précis, la dénomination exacte est « l'accès et la fourniture de biens et services qui sont à la disposition du public indépendamment de la personne concernée et qui sont offerts en dehors de la sphère de la vie privée et familiale, ainsi qu'aux transitions qui se déroulent dans ce cadre, y compris en matière de logement. »

³³⁵ Le Gouvernement peut établir après consultation du Conseil économique, social et environnemental de Wallonie et du Conseil wallon de l'égalité entre hommes et femmes une liste limitative de biens et services pouvant être visés par le paragraphe 1^{er}. Si l'un des organes ne se prononce pas dans les deux mois de la demande, il est passé outre.

interfédéral pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme), et d'autre part, l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

Unia est une institution publique sui generis : « indépendante, elle ne dépend pas formellement d'un ministère ou d'une autre autorité. Au mieux peut-on dire qu'elle doit répondre de ses actions devant les Parlements des différents niveaux de pouvoir qui composent la Belgique fédérale. »³³⁶ En 2013, un accord de coopération³³⁷ a été conclu entre les différentes composantes de l'État fédéral belge afin de consacrer l'interfédéralisation³³⁸ d'Unia, ce qui lui permet d'intervenir dans les matières qui sont de la compétence des Communautés et des Régions. Unia est notamment compétent pour le critère de **Porientation sexuelle**.

L'**Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH)** existe, dans sa forme actuelle, depuis 2003³³⁹. « Si l'Institut est formellement rattaché au ministre chargé de la politique d'égalité des femmes et des hommes, il jouit tout comme Unia d'une pleine indépendance dans l'exercice de ses missions »³⁴⁰. Notons que l'Institut a été créé par une loi fédérale, mais qu'il a toutefois conclu différents protocoles de coopération avec les Régions et Communautés. À proprement parler, l'IEFH n'a pas été interfédéralisé (contrairement à Unia), même si les protocoles de coopération étendent sa compétence. L'IEFH est compétent pour le critère **du sexe** (mais aussi ceux de la grossesse, de la procréation médicalement assistée, de l'accouchement, de l'allaitement, de la maternité, des responsabilités familiales, de l'identité de genre, de l'expression de genre, des caractéristiques sexuelles et de la transition médicale ou sociale). On remarquera qu'il s'agit des critères visés par la loi genre du 10 mai 2007 (cf. *supra*).

Outre leurs missions de recherche, de sensibilisation et d'information, tant Unia que l'IEFH remplissent une fonction cruciale d'appui aux victimes de discriminations. Ces deux institutions ont une mission de **médiation** et cherchent une solution par la **négociation**. Elles peuvent également **agir en justice, pour le compte ou à l'appui de la victime**.

On rappellera qu'en matière de logement, la Région wallonne s'est dotée de **deux outils préventifs** de lutte contre les discriminations :

1. Une liste exhaustive des données générales qui peuvent être sollicitées par une bailleuse ou un bailleur auprès du candidat-locataire ;
2. La mise en place de tests de discrimination.

Ces dispositifs sont expliqués en détail dans la note consacrée à la politique régionale du logement.

³³⁶ P. WAUTELET et J. RINGELHEIM, *op. cit.*, p. 29.

³³⁷ Accord de coopération du 12 juin 2013 entre l'autorité fédérale, les Régions et les Communautés visant à créer un Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et les discriminations sous la forme d'une institution commune au sens de l'article 92bis de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980.

³³⁸ UNIA, « "Interfédéral" : un nouvel adjectif pour un nouveau statut », *UNLA.be*, 5 mars 2014, disponible à l'adresse suivante : <https://www.Unia.be/fr/articles/interfederal-un-nouvel-adjectif-pour-un-nouveau-statut> (consulté le 24 mai 2024).

³³⁹ Loi du 16 décembre 2002 portant création de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, *Moniteur belge*, 31 décembre 2002.

³⁴⁰ P. WAUTELET et J. RINGELHEIM, *op. cit.*, p. 30.

Si les organismes pour l'égalité de traitement jouent un rôle essentiel, rappelons qu'il existe également d'autres acteurs clés. Nous pouvons évoquer notamment le **ministère public**, chargé de mettre en route les poursuites pénales, mais également le **gouvernement wallon**, qui peut, par exemple, déterminer les hypothèses et les conditions dans lesquelles une action positive est mise en œuvre (article 14).

La procédure

Des signalements peuvent être introduits directement **auprès d'Unia ou de l'IEFH**. Il est également possible de se rendre à l'un des **11 Espaces Wallonie** – les points de contact privilégiés pour les citoyens sur toutes les matières qui relèvent de la compétence de la Wallonie. Ceux-ci travaillent en étroite collaboration avec Unia et l'IEFH.

En 2022, Unia a reçu **7310 signalements** sur toute la Belgique, dont 1092 signalements en provenance de la Région wallonne. Unia ouvre un dossier lorsqu'une double condition est remplie :

- « Le signalement renvoie à un critère de discrimination pour lequel Unia est compétent ou qui a trait aux droits des personnes handicapées » ;
- « L'auteur du signalement attend un avis concret »³⁴¹.

1887 dossiers ont été ouverts en 2022, dont 513 dossiers en provenance de la Région wallonne. 7 % des dossiers wallons (38 dossiers) concernaient **le critère de l'orientation sexuelle**³⁴².

En 2022, l'IEFH a quant à lui reçu **1046 signalements**, sur toute la Belgique³⁴³. Il convient toutefois d'être prudent quant à l'usage des concepts : la notion de signalement – telle qu'employée par l'IEFH – est **relativement large**, puisqu'elle recouvre à la fois les demandes d'information juridique, les communications et les plaintes (**551 plaintes reçues en 2022**).

Au niveau des solutions apportées aux dossiers clôturés fondés, la **solution extrajudiciaire** (dialogue, négociation, etc.) est la **première cause de résolution**. Unia note qu'en 2022, ce type de solution constitue l'issue de 28 % des dossiers clôturés fondés. **L'issue judiciaire concerne une minorité de dossiers** : 6 % des dossiers clôturés fondés (Unia, 2022).

L'issue judiciaire est principalement **civile**. Ce volet civil – prévu par le décret wallon – comprend notamment :

- Un dispositif de **protection contre les représailles** en cas d'introduction d'une plainte pour discrimination (articles 18 et 18/1 du décret wallon) ;
- La possibilité d'engager une **action en cessation** – c'est-à-dire d'exiger sur le champ l'arrêt de la pratique discriminatoire (article 20) ;
- La possibilité de **réclamer des dommages et intérêts** à l'auteur de la discrimination, sous la forme d'une **indemnisation** correspondant...
 - Soit à une **somme forfaitaire** (fixée dans le décret) ;

³⁴¹ UNIA, *Unia comme organisme de promotion de l'égalité – Rapport annuel, 2022*, p. 24.

³⁴² UNIA, *La lutte contre les discriminations en Wallonie - Rapport annuel, 2022*.

³⁴³ IEFH, *Rapport annuel, 2022*.

- Soit au **dommage réellement subi** (article 19).

Dans certains cas, des **incriminations pénales** sont également envisageables. À titre exemplatif, on peut évoquer :

- Le fait de **ne pas se conformer** à un jugement ou un arrêt qui ordonnait **la cessation d'une action** (article 23, qui renvoie à l'article 20, cf. *supra*) ;
- L'incitation à la haine, à la violence, à la ségrégation ou à la discrimination (les « **discours de haine** ») ;
- Les **actes de discrimination commis par des agents publics** dans l'exercice de leurs fonctions (article 24).

4. Documents

Le formulaire d'information et de consentement RGPD



Formulaire d'information et de consentement RGPD

Étude scientifique relative aux risques de précarité encourus par les personnes LGBT en Région wallonne

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment par courrier postal, par e-mail ou par téléphone aux coordonnées figurant ci-dessous.

Responsable(s) de l'étude

GRANDJEAN Geoffrey, Professeur (Directeur de l'Institut de la décision publique) (Geoffrey.Grandjean@uliege.be)

Faculté de Droit, de Science politique et de Criminologie
Place des orateurs, 3 - Boite 11
4000 Liège
04/3669660

RENARD Juliette, Docteure et assistante à l'Institut de la décision publique, (juliette.renard@uliege.be) - 04/3663297

PERRIN Loïc, assistant à l'Institut de la décision publique, loic.perrin@uliege.be - 04/3662997

Description de l'étude

Cette recherche qualitative a pour objectif de recueillir et de présenter des données quant aux risques de précarité encourus par les personnes LGBT en Wallonie. Des recommandations seront également formulées et à adresser aux autorités régionales compétentes, afin de documenter les pistes d'action possibles au niveau régional. La recherche se concentre sur deux compétences régionales spécifiques : le logement (logement social, aide aux particuliers) et la santé. En plus d'une recherche documentaire, la récolte de données sera basée sur la réalisation de deux focus group avec des acteurs institutionnels et associatifs amenés à intervenir dans les domaines du logement et de la santé ainsi que sur la réalisation d'une quinzaine d'entretiens semi-directifs avec des personnes concernées.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD - UE 2016/679) et à la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. Quelles seront les données collectées ?

- Données d'identification (prénom, ville/province d'habitation)
- Coordonnées de contact des participant.e.s (adresse email, numéro de téléphone)
- Éventuellement (si la personne le déclare spontanément), identité de genre et orientation sexuelle
- Enregistrement audio de l'entretien semi-directif (type récit de vie)

3. *À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?*

- Réalisation de la recherche commandité (analyse des données et rédaction du rapport) + recommandations aux autorités politiques
- Publication d'articles présentant les résultats de l'étude dans des revues spécialisées ou de vulgarisation ;
- Communication des résultats de l'étude lors de congrès et/ou réalisation de toute activité permettant leur diffusion ;

Les résultats de cette étude seront systématiquement rendus anonymes avant toute diffusion.

4. *Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?*

Les données d'identification seront conservées par les investigateurs jusqu'à la finalisation de la rédaction du rapport. À l'issue de cette phase (mi-octobre 2024), les données d'identification seront détruites (destruction de la base de données contenant ces données), avec un délai maximum de 1 an après la fin de l'étude. Cette opération rendra les données de recherche complètement anonymes.

5. *Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

- Phase 1 : récolte des données d'identification lors d'un RDV avec un des investigateurs associés à l'étude. Un numéro de code spécifique à l'étude est donné pour chaque participant.e, qui sera utilisé lors des phases ultérieures. Un pseudonyme choisi est aussi demandé aux participant.e.s
- Phase 2 : collecte des données de recherche. Dès cette phase, les données d'identification et les données de recherche sont conservées dans deux bases de données distinctes et les informations reliées entre elles au moyen de codes. À l'issue de cette phase, les données d'identification seront détruites (destruction de la base de données contenant ces données), avec un délai maximum de 1 an après la fin de l'étude. Les données de recherche seront conservées sur un serveur sécurisé du SEGI (certifié ISO 27001) et sur les ordinateurs des chercheurs, de façon chiffrée.
- Phase 3 : analyse thématique des résultats anonymes
- Phase 4 : publication et diffusion des résultats anonymes. Si la diffusion des résultats nécessitait de faire référence à un participant en particulier et à certaines de ses caractéristiques, les DCP seraient utilisées de façon à garantir sa non reconnaissance.

6. *Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

Les données d'identification personnelles seront anonymisées, c'est-à-dire que ni les responsables de l'étude ni aucun tiers ne sont en mesure de réidentifier les personnes concernées, même à l'aide d'autres de données provenant d'autres sources. Les données de recherche seront pseudonymisées, ce qui signifie qu'elles pourront être reliées à un code (lié à un.e participant.e), que seuls les responsables pourront lier à une personne.

7. *Qui pourra consulter et utiliser ces données ?*

Geoffrey Grandjean, Juliette Renard et Loïc Perrin

8. *Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?*

Les données de recherche anonymisées pourront être présentées en partie au tiers commanditaire dans le cadre du rapport écrit ou de la présentation orale des résultats (sous la forme de citation d'extrait d'entretien par exemple). Cependant, les retranscriptions des entretiens en entier ne seront pas transmises au tiers commanditaire.

Les données d'identification ne feront l'objet d'aucun transfert vers ni traitement auprès de tiers.

9. *Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?*

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

10. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- **obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude** et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la **rectification** de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, **l'effacement** de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la **limitation** du **traitement** de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est-à-dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

11. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser aux responsables du projet de recherche (juliette.renard@uliege.be) ou au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude. Par contre, le remboursement des frais de transport pour le déplacement en vue des rencontres est possible.

Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer Juliette Renard (juliette.renard@uliege.be – 04/3663297). **Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie.** Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à juliette.renard@uliege.be, chercheuse en charge du projet – assistante à l'Institut de la décision publique.

Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom :

Date :

Signature :



ENQUÊTE

L'ACCÈS AU **LOGEMENT** ET
AUX SOINS DE **SANTÉ** POUR
LES PERSONNES **LGBT***

- Vous avez **plus de 18 ans** ?
- Vous habitez en **Région wallonne** ?
- Vous vous identifiez comme une personne **LGBT*** ?
- Vous rencontrez des difficultés en matière de **logement** et/ou d'accès aux **soins de santé** ?

**VENEZ PARTAGER VOTRE
EXPÉRIENCE LORS D'UN
COURT ENTRETIEN**



urlz.fr/qbb3



04/366.32.97



juliette.renard@uliege.be

*** À ce stade, cette recherche exploratoire ne concerne pas encore les personnes QIA+**



Le calendrier de la recherche

