Jean Coërs
Faculté de médecine
Université Libre de Bruxelles
Année académique 2024–2025

Les « équipements de genre·s » : usages, effets et perspectives dans les soins primaires

Travail de fin d'études
Master complémentaire en médecine générale

Promoteur : Vincent Huberland
Co-promotrice : Aurore Dufrasne

Déposé le 25 avril 2025

« Sans prothèses, qu'est-ce que je ferais ? Au stade où j'en suis, je crois que je serais peut-être avec des chaussettes à mettre dans des soutifs, je pense, franchement. Ou continuer à grossir, mais... »

(6ème personne interrogée)

« De toutes façons, tu te débrouilles quand t'es trans, tu te démerdes. »

(2ème personne interrogée)

Table des matières

Remerciements *1*

Note aux lecteur·rice·s *3*

Glossaire *4*

Résumé *6*

Introduction *7*

Matériel et méthodes *12*

1. Revue de la littérature **12**

Stratégie de recherche bibliographique 12

Articles retenus 13

2. Type d'étude **13**

3. Échantillonnage et recrutement **13**

Échantillonnage 13

Recrutement 14

4. Le guide d'entretien et les entretiens semi-dirigés **14**

Elaboration du guide d'entretien 14

Questionnaire anonyme 14

Cadre et déroulement des entretiens 14

5. Confidentialité et protection de la vie privée **15**

6. Méthode d'analyse des données **15**

7. Utilisation de l'intelligence artificielle **15**

8. Ethique **15**

Résultats *16*

1. Profil général de l'échantillon **16**

2. Résultats de l'analyse thématique de contenu **16**

2.1. Identités et expressions de genre·s 17

2.2. Trajectoires vers les « équipements de genre·s » 18
2.3. Influences du système de soins belge 21
2.4. Expériences des « équipements de genre·s » 27
2.5. Perspectives d'amélioration 31

DISCUSSION 33

Forces et limites de cette étude 33

1) Forces : 33
2) Limites : 34

Usages, bénéfices et limites des « équipements de genre·s » 35

Accès, reconnaissance et intégration des « équipements de genre·s » dans les soins 36

Conclusion 38

Bibliographie 40

Remerciements

Merci à :

Toutes les personnes qui ont répondu à mon appel à participation.

Vincent Huberland, pour m'avoir guidé du début à la fin.

Aurore Dufrasne, pour ses lumières de terrain et sa pugnacité.

Hanna Ballout, pour ses directives avisées.

Lise Delvosal, pour sa bienveillance et son sens de l'organisation.

Alessandra Moonens, pour m'avoir montré le chemin et accompagné tout le long.

Julie Tombeur, pour sa confiance.

Rachida Bensliman, pour son aide à la méthodologie.

Pascale André et Thibault Hamtiaux, pour leur soutien dans la recherche bibliographique.

Leslie Posho Basota, pour son aide au référencement bibliographique.

Angela Kasparian, pour son aide à la mise en page.

Cécile Piret, pour ses lumières de sociologue.

Les équipes de la Maison Arc-en-Ciel de la Santé (MACS), de la Maison Médicale des Primevères, du planning familial Séverine, du planning familial de Watermael-Boitsfort et de Louvain-la-Neuve pour leur accueil chaleureux.

Tous les lieux, associations et personnes qui ont relayé mon appel à participation à l'étude.

Margaux Nève, pour ses lectures et ses réflexions.

Sophie Richelle, pour son aide technique et ses déjeuners tout doux.

Mathilde Coërs, pour être toujours là.

Pierre Coërs, pour son aide et sa disponibilité.

Amélie Cuvelier, pour son amour.

Nicolas Arribard, mon meilleur ami.

Sarah Coulon, pour sa douceur.

Zoé Pletschette, pour son amitié.

Charlotte Martin, pour son grand cœur.

Claire Bodson, pour le papier.

Lisa Mc Manus, pour son suivi.

Loïc Dewez, pour son coaching musclé.

Jayson, d'être Jayson.

L.G.B.T.Q.I.A.+, pour leurs luttes.

Les fées radicales, pour leur magie.

Jasmin, pour m’avoir ouvert les yeux sur de nouvelles réalités.

Paul B. Preciado, pour m’avoir aidé à les penser.

Brindille, pour ses câlins matinaux.

Note aux lecteur·rice·s

Ce mémoire adopte une écriture inclusive, par respect pour la diversité des identités de genre·s et par refus d'imposer l'accord masculin comme norme grammaticale. L'usage du point médian (ex. : les patient·e·s) permet de rendre visibles différentes identités. Lorsque cela est possible, des termes épicènes ou neutres ont été privilégiés. Les formulations binaires ont été évitées dans la mesure du possible. Le pronom "iel" (iels au pluriel) a enfin été choisi comme accord neutre.

Glossaire

Agenre : Identité de genre des personnes qui ne se définissent dans aucun genre.

Bigenre : Identité de genre·s des personnes qui se définissent dans deux genres ou dont l'identité varie entre deux genres.

Cisgenre : Personne dont l'identité de genre correspond au genre qui lui a été assigné à la naissance. Ce terme est souvent utilisé en opposition à **transgenre.**

***Coming out* :** Fait de déclarer être LGBTQIA+. Une personne peut être amenée à faire son coming-out à plusieurs moments de sa vie, en fonction des personnes et des environnements.

Dysphorie de genre : (Nosographie psychiatrique) trouble mental caractérisé par des sentiments d'inconfort, de détresse psychologique ou de rejet ressentis par une personne dont l'identité de genre·s ne correspond pas à celle qui lui a été assignée à la naissance ; généralement lié au corps.

Euphorie de genre : (Néologisme communautaire en opposition à la **dysphorie de genre**). Sentiment de bien-être ou de confort résultant de se reconnaître dans une identité de genre·s ; généralement lié au corps.

(de) Genre fluide : Identité de genre·s des personnes dont l'identité de genre·s est fluide, varie au cours du temps.

Genre : Terme utilisé en raccourci pour désigner l'identité de genre·s.

Genrer : Attribuer une identité de genre·s à une personne.

LGBTQIA+ : Lesbiennes, Gays, Bi, Transgenres, Queer, Intersexué·e·s, Asexuel·le·s ou Aromantiques, le "+" indiquant la non-exhaustivité, incluant toute préférence sexuelle, identité de genre·s ou caractéristique sexuée marginalisée.

Mégenrer : Attribuer à une personne un genre, via un pronom ou des accords qui ne correspondent pas à son/ses genre·s réel·s.

Non-binaire : Identité de genre·s des personnes qui se définissent en dehors de la binarité des genres homme et femme.

Passing **:** Fait d'être perçu·e par autrui comme appartenant à un genre.

Soins transspécifiques : L'ensemble des soins qui permettent ou accompagnent une modification corporelle permettant d'acquérir une expression de genre plus « féminine » et/ou « masculine » sont communément désignés comme étant des soins « transspécifiques ».

Transgenre : Une personne transgenre est une personne dont l'identité de genre·s et/ou l'expression de genre·s diffère des attentes culturelles liées au genre qui lui a été assigné à la naissance. Ce terme inclut une diversité d'identités non cisgenres : bigenres, agenres, non-binaires, de genre fluide, etc.

Transitionner : S'engager dans un processus de transition de genre·s (personnelle, sociale, médicale et/ou juridique).

Transidentité : Terme coupole désignant les vécus, trajectoires et expériences des personnes dont l'identité de genre·s ne correspond pas au genre qui leur a été assigné à la naissance.

Résumé

Introduction

Les « équipements de genre·s », variés et largement utilisés par des personnes transgenres, restent pourtant peu reconnus dans les pratiques médicales. Cette étude explore leurs motifs d'utilisation, leurs usages, leurs effets perçus, les conditions d'accès, les attentes qui les entourent, ainsi que leur place actuelle et potentielle dans les soins primaires.

Méthode

Cette recherche qualitative repose sur une revue de la littérature et des entretiens semi-dirigés menés avec des personnes transgenres, recrutées via des réseaux et des structures d'accueil et de soins en Belgique francophone.

Résultats

Les « équipements de genre·s » semblent participer à aligner l'apparence avec l'identité de genre·s ressentie et à améliorer le bien-être et la qualité de vie. Leurs limites communiquées incluent l'inconfort, le coût, l'inadéquation morphologique, la fragilité, ainsi que l'absence d'essayage, de conseil, d'encadrement médical et de remboursement. Leur usage s'inscrit souvent en marge d'un système médical perçu comme insuffisant ou inadapté, qui gagnerait à mieux répondre aux besoins en la matière.

Conclusions

Les « équipements de genre·s » sont vécus comme de véritables outils de soin. Leur accessibilité, leur reconnaissance et leur intégration dans les soins, notamment primaires, apparaissent comme des leviers pour mieux répondre aux besoins des personnes transgenres. La formation des professionnel·le·s et le développement de recherches spécifiques restent indispensables pour construire des soins plus inclusifs et adaptés.

Mots clefs : " Équipements de genre·s", "Transidentités", "Médecine générale", "Accès aux soins", "Bien-être psychologique".

Introduction

Comprendre les expériences des personnes transgenres suppose de distinguer plusieurs dimensions :

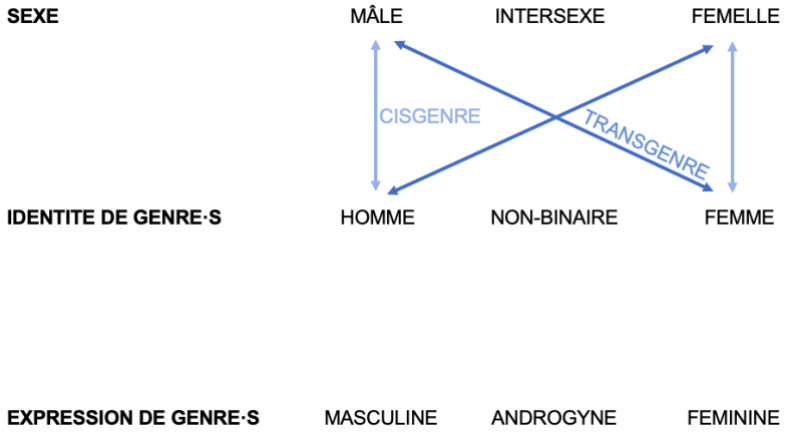
L'identité de genre·s renvoie à **ce que l'on est** : ce à quoi une personne s'identifie intérieurement (ex. : femme, homme, bigenre, agenre…).

L'expression de genre·s correspond à **ce que l'on montre** : la manière dont une personne manifeste son genre dans l'espace social.

Le sexe, c'est **ce que l'on a** : un ensemble de caractéristiques biologiques (organes, hormones, chromosomes) traditionnellement utilisées pour classer les individus comme femelle, mâle ou intersexe.

L'orientation sexuelle et/ou affective, enfin, désigne **vers qui l'on est attiré·e** : affectivement, émotionnellement, sexuellement ou de façon romantique.

Ces quatre dimensions, souvent confondues, sont pourtant distinctes et indépendantes : l'une ne détermine pas les autres. Des liens peuvent néanmoins exister entre elles. Le schéma suivant propose un résumé structuré incluant sexe, identité de genre·s et expression de genre·s, et en intégrant les termes « cisgenre » et « transgenre ».



Ce schéma est volontairement simplifié dans une démarche didactique. En réalité, les identités de genre·s échappent souvent aux catégories fixes et les trajectoires personnelles ne suivent pas nécessairement une logique linéaire. De même que l'expression de genre·s n'est pas *de facto* en alignement avec l'identité de genre·s.

Ce travail s'intéresse avant tout à l'expression de genre·s, à travers l'usage d'équipements corporels. Dans ce travail, il sera souvent question de personnes transgenres, non par amalgame entre identité et expression de genre·s, mais parce que le·s chemin·s des personnes transgenres incluent éventuellement et au cas par cas une modification de leur expression de genre·s.

La part de la population concernée par la transidentité est estimée entre 0,3 % et 4,5 % des adultes (1,2). En Belgique, cette proportion serait d'environ 4 % de la population générale, soit entre 300 000 et 400 000 personnes (3). Une hausse s'observe au fil des années, traduisant une visibilité croissante et plus précoce chez les jeunes générations (4,5). Toutefois, ces chiffres restent difficiles à affiner en raison des contextes socioculturels, de la transphobie, de la stigmatisation, du manque de reconnaissance institutionnelle, ainsi que des différences dans la définition du terme « transgenre » selon les études (1–3).

D'un point de vue médical, les personnes transgenres présentent des taux plus élevés de problèmes de santé que la population cisgenre. Sur le plan psychologique, la détresse psychologique, le stress minoritaire, le stress post-traumatique (TSPT), la dépression et les idées suicidaires sont particulièrement fréquents (2). Du point de vue somatique, les personnes transgenres présentent une exposition accrue à certaines pathologies chroniques, notamment cardiovasculaires et cancéreuses, ainsi qu'aux infections sexuellement transmissibles (1,6). Le taux de mortalité toutes causes confondues est environ deux fois plus élevé chez les personnes transgenres que chez les personnes cisgenres (6). Sur le plan de l'accès aux soins**,** l'absence de suivi médical et l'automédication hormonale sont fréquemment rapportées dans la littérature (4,7). Cette situation s'ancre dans une histoire médicale marquée par la psychiatrisation de la transidentité, pathologisant l'écart à la norme cisgenre, imposant des protocoles contraignants et freinant l'accès à des soins adaptés.

Sur le plan juridique, les professionnel·le·s de santé sont tenu·e·s, d'offrir des soins de qualité, adaptés aux besoins des patient·e·s et respectueux de leur autonomie, de leur dignité et de leur consentement libre et éclairé. Ces principes prennent une portée toute particulière aujourd'hui, alors que la demande de soins transspécifiques est en augmentation (8), et que persistent de nombreux freins à leur accès et à leur remboursement (9–11).

Pratiquement, l'accompagnement médical des personnes transgenres mobilise différents corps de métiers (médecins généralistes, endocrinologues, chirurgien·ne·s, psychologues, etc), souvent regroupés en équipes ou réseaux spécialisés en Belgique (12). Les médecins jouent un rôle à la fois dans le suivi global de la santé et dans l'accompagnement des soins médicaux transspécifiques (hormonaux et chirurgicaux). D'autres soins transspécifiques, comme la logopédie ou l'épilation, peuvent également être sollicités. Parmi les professionnel·le·s, le·la médecin généraliste occupe une place stratégique, en tant que premier point de contact avec le système de soins, garantissant proximité, continuité et suivi global. De nombreuses personnes transgenres expriment le souhait d'un suivi hormonal en première ligne (13,14), d'autant que la qualité de la relation avec le médecin traitant influe sur leur bien-être psychologique (15). Plus globalement, l'accès à des soins transspécifiques est associé à une amélioration significative de la santé mentale, à une réduction des symptômes dépressifs, anxieux, suicidaires, et à une meilleure qualité de vie (15–17). Ces éléments soulignent l'importance d'un accès facilité à ces soins, et invitent à repenser la définition même de soin. C'est dans cette perspective que s'inscrit cette étude, en portant son attention sur les « équipements de genre·s ».

Les « équipements de genre·s » permettent de modifier l'expression de genre·s, éventuellement pour l'aligner avec l'identité de genre·s (7,18). Les guillemets signalent que ce terme n'est pas issu d'une nomenclature existante. Il a été préféré à celui d'« article d'affirmation de genre », parfois utilisé dans la littérature, car le mot « affirmation » peut laisser entendre que l'identité de genre·s doit être validée par une démarche extérieure. Or, ce travail s'inscrit dans une perspective d'autodétermination. Le terme est inspiré de l'anglais *gender gear* (« gear » signifiant équipement) et le mot « genre » est

décliné au pluriel avec un point médian pour refléter la diversité et la fluidité des identités concernées.

Les « équipements de genre·s » sont de formes, de tailles et de couleurs variables. Une présentation des principaux types évoqués dans les entretiens est proposée ci-dessous.



***Binder* – vêtement compressif permettant d'aplatir le torse**



Binding* – technique de compression du torse à l'aide de *trans tape.



Prothèses mammaires externes – portées sous les vêtements.



Prothèses péniennes ou *packers*



Prothèse STP (*Stand To Pee*) – dispositif permettant d'uriner debout.



***Tucking* : Pratique permettant de cacher les parties génitales.**

Ces équipements sont couramment utilisés par les personnes transgenres: selon une enquête menée en 2024 en Belgique, 72 % déclarent en avoir ou en avoir déjà eu l'utilité (19). Une autre source précise que certain·e·s envisagent d'en porter toute leur vie (20).

La littérature leur attribue de nombreux effets bénéfiques : réduction de la détresse psychologique, de l'anxiété, des tendances suicidaires et du mal-être corporel, ainsi qu'une amélioration de l'humeur, de l'estime de soi, du confort, de l'épanouissement social et une diminution du sentiment d'isolement (21–24). Leurs limites sont identifiées comme les suivantes : inconforts, douleurs, réactions dermatologiques, infections urinaires, difficultés respiratoires, manque d'adaptabilité morphologique et coût financier élevé (7,18,21,25–32). Malgré ces limites, la plupart des utilisateur·rice·s considèrent que les bénéfices surpassent largement les inconvénients (20–22).

Ces objets restent néanmoins largement absents du champ médical. Peu abordés lors des suivis, ils sont rarement évoqués spontanément par les soignant·e·s. Les personnes concernées doivent souvent faire preuve d'autonomie ou prendre le risque de se heurter à des professionnel·le·s peu ou pas informé·e·s. Cette responsabilisation traduit un

manque d'encadrement médical et souligne la nécessité de renforcer la formation des soignant·e·s, une piste déjà identifiée comme pertinente dans la littérature (13,14,20).

Ce travail pose donc la question suivante : quelle est la place des « équipements de genre·s » dans les soins de première ligne ? Deux hypothèses guident l'étude :

1) Leur caractère amovible permet des usages variés, réversibles et adaptés à chaque personne, ouvrant la voie à des chemins plus fluides que les soins médicaux disponibles actuellement.
2) Ces équipements peuvent jouer un rôle complémentaire ou alternatif aux soins médicaux disponibles actuellement.

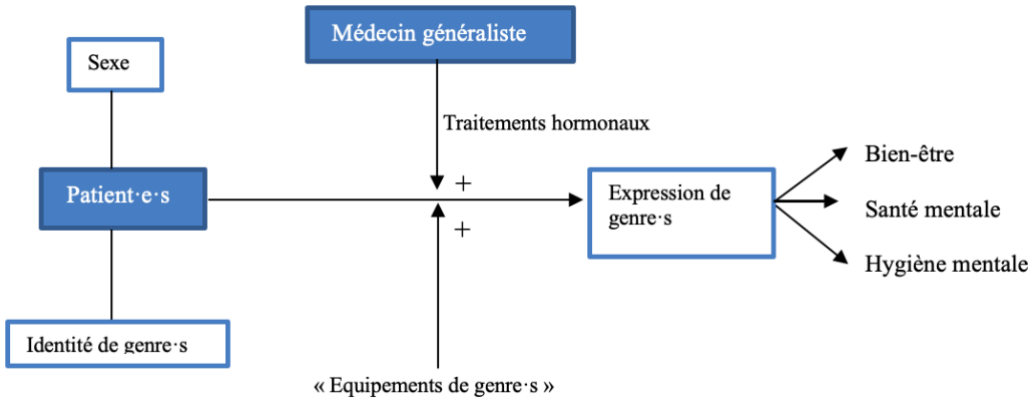
Dans cette perspective, plusieurs questions se posent : quels sont leurs usages et leurs effets ? Quelles sont les limites rencontrées ? Comment les soins primaires pourraient-ils mieux les intégrer ? Ce travail vise à mieux comprendre ces objets encore peu étudiés, et à réfléchir à leur place possible dans un système de soins plus inclusif.

Matériel et méthodes

1. Revue de la littérature

Stratégie de recherche bibliographique

Les concepts importants ont d'abord été identifiés et organisés sous forme d'une carte mentale :



Ces concepts ont ensuite été déclinés en mots-clés, synonymes, traductions et termes MeSH. Un tableau récapitulatif de ce lexique figure en annexes (Annexe 1).

Sur cette base, des équations de recherche ont été construites. Elles sont présentées en annexes (Annexe 2).

Les critères d'inclusion et d'exclusion ayant guidé la sélection des sources sont détaillés en annexes (Annexe 3).

Articles retenus

La revue de littérature a mobilisé un corpus diversifié, comprenant des articles scientifiques, des recommandations cliniques, des études qualitatives, ainsi que des ressources issues du milieu associatif ou communautaire. Les articles retenus se trouvent dans la bibliographie.

2. Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée pour explorer les vécus liés aux « équipements de genre·s », un sujet encore peu documenté. Ce format, confidentiel et souple, a été choisi pour favoriser une expression libre et l'émergence d'éléments personnels et éventuellement nouveaux, inattendus.

3. Échantillonnage et recrutement

Échantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé à partir de critères définis en amont, afin de garantir une diversité de profils en cohérence avec l'objet d'étude. Les critères d'inclusion, d'exclusion et de diversification sont détaillés en annexes (Annexe 4)

Recrutement

Le recrutement des participant·e·s a été réalisé via un appel à participation diffusé dans différents types d'espaces : lieux de santé primaire et espaces communautaires adressées ou non spécifiquement aux personnes transgenres. Plusieurs institutions ont été sollicitées, dont l'asbl Genres Pluriels, des centres de planning familial, des Maisons Arc-en-Ciel, des maisons médicales, des cabinets de médecine générale, ainsi que les associations Ex Aequo et Tels Quels.

4. Le guide d'entretien et les entretiens semi-dirigés

Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été conçu autour de thèmes définis à partir des questions de recherche et de la littérature. Le guide a été ajusté au fil des entretiens en intégrant les thèmes émergents. Il est disponible en annexes (Annexe 5)

Questionnaire anonyme

En complément des entretiens, un bref questionnaire anonyme a été proposé aux participant·e·s afin de recueillir certaines données socio-démographiques, ainsi que des informations sur le recours aux soins transspécifiques et aux « équipements de genre·s ». Ce questionnaire visait à situer les expériences recueillies dans une diversité de profils. Il figure en annexes (Annexe 6)

Cadre et déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou en distanciel, selon les préférences des participant·e·s. Avant chaque rencontre, le cadre de la recherche était présenté, et un consentement éclairé était recueilli. Le modèle du document d'information et de consentement utilisé figure en annexes (Annexe 7)

5. Confidentialité et protection de la vie privée

L'identité des participant·e·s a été rigoureusement protégée par l'anonymisation des retranscriptions et la suppression des enregistrements vocaux. Les retranscriptions sont conservées par le meneur de l'étude.

6. Méthode d'analyse des données

L'analyse thématique de contenu a été utilisée, méthode permettant d'identifier, d'organiser et d'interpréter les thèmes récurrents dans un corpus de données. Les entretiens ont été retranscrits puis thématisés en thèmes et sous-thèmes, comparés ensuite entre eux pour faire émerger régularités, contrastes et nuances.

7. Utilisation de l'intelligence artificielle

L'intelligence artificielle a été utilisée comme outil d'assistance lors de la rédaction du présent travail pour soutenir la structuration, l'organisation et la mise en forme de certains contenus. Toutes les productions générées avec son aide ont été relues, ajustées, vérifiées et confrontées à l'esprit critique du meneur de l'enquête, à ses connaissances et à des sources scientifiques. Son usage s'est limité à un accompagnement rédactionnel, sans intervenir dans l'analyse ou l'interprétation des données de terrain. L'outil a été mobilisé dans un cadre méthodologique en accord avec l'article 40 du règlement académique de l'Université Libre de Bruxelles. Un tableau récapitulatif de cette utilisation figure en annexes (Annexe 8)

8. Ethique

Un avis favorable définitif a été reçu le 7 octobre 2024. La référence attribuée à l'enquête est la suivante : CCB : B4062024000318. Les documents liés à cette demande et à l'accord qu'elle a reçu en retour se trouvent en annexes (Annexe 9)

Résultats

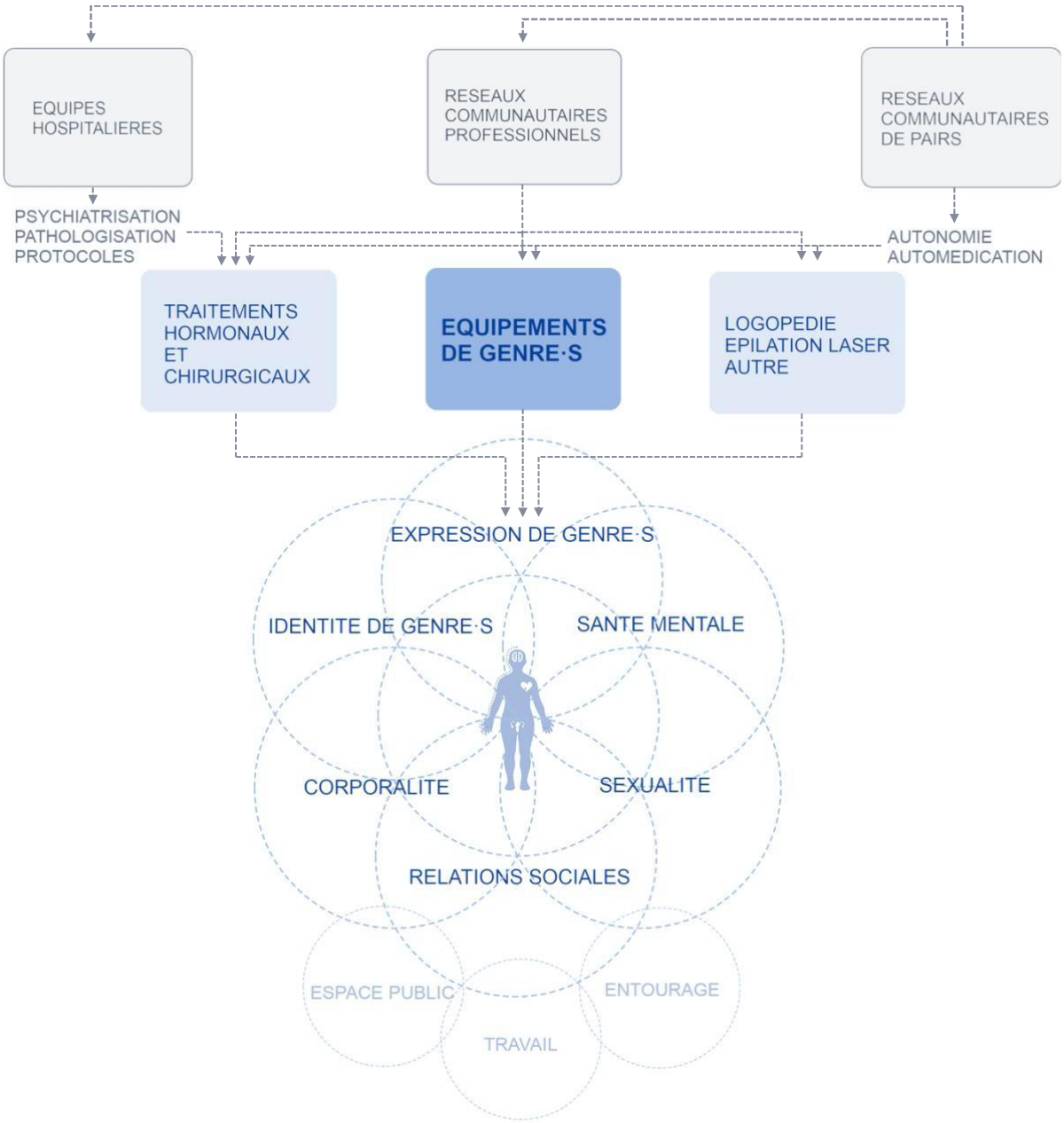
1. Profil général de l'échantillon

Les quatorze personnes interrogées présentent des profils variés. Les identités de genre·s exprimées sont plurielles : six se définissent comme hommes trans, trois comme femmes trans, une comme non-binaire, une comme bigenre, tandis que trois utilisent d'autres termes ou expriment des difficultés à se catégoriser. La grande majorité a déjà eu recours à un traitement hormonal ou une intervention chirurgicale (n = 11). Presque tou·te·s ont utilisé ou utilisent des « équipements de genre·s » (n = 12), une seule personne n'en a jamais utilisé, tout en exprimant un intérêt pour ces objets. La plupart vivent à Bruxelles (n = 9) et sont âgées de 20 à 40 ans. Si le niveau d'études déclaré est globalement élevé, les situations financières apparaissent plus contrastées, voire précaires : six participant·e·s déclarent vivre avec moins de 1 000 € par mois.

2. Résultats de l'analyse thématique de contenu

A partir des entretiens réalisés, cinq thèmes ont été identifiés :
1. Identités et expressions de genre·s
2. Trajectoires vers les « équipements de genre·s »
3. Influences du système de soins belge
4. Expériences des « équipements de genre·s »
5. Perspectives d'amélioration

Le schéma ci-dessous propose une cartographie des éléments mis en lumière dans les récits, ainsi que de leurs articulations. Il ne suit pas strictement les cinq thèmes issus de l'analyse de contenu, mais offre une lecture transversale qui les traverse. Ce choix vise à offrir une vision d'ensemble des vécus des personnes interrogées, en écho à la diversité des trajectoires, à la multiplicité des réseaux d'accès aux soins et à la pluralité des recours aux soins transspécifiques - incluant ici les « équipements de genre·s », au cœur de ce travail.



BENEFICES

Bien-être -
Expression de genre·s -
Identité de genre·s -
Sexualité -
Intégration sociale -
↘ Violences -

LIMITES

- Inconfort
- Inadéquation morphologique
- Fragilité
- Coût
- Accès
- Absence d'encadrement médical

PERPECTIVES D'AMÉLIORATION

- Réalisme
- Durabilité
- Accessibilité financière
- Lieux de vente physiques
- Espaces communautaires
- Intégration dans les soins médicaux

2.1. Identités et expressions de genre·s

Dans les récits recueillis, l'identité et l'expression de genre·s se dessinent dans le temps, à l'intersection du vécu intime, des relations et des contextes de vie. Les personnes interrogées utilisent des pronoms et des termes variés pour se décrire et/ou se définir. Le processus de nomination peut être précoce ou tardif, évident ou hésitant, linéaire ou fragmenté, influencé par l'environnement familial, social ou culturel.

« Mes pronoms, c'est elle, elle, elle. Voilà. »

L'entourage proche joue un rôle déterminant : il peut soutenir ou freiner la possibilité de s'exprimer. Certains ajustements - moment du *coming out,* apparence ou mots utilisés - visent parfois à préserver les liens ou à éviter les conflits.

« J'ai grandi dans un environnement où l'existence même de la possibilité de la transidentité n'était pas accessible. »

Dans les espaces professionnels ou publics, les participant·e·s évoquent diverses stratégies d'adaptation face à des formes de violence, qu'il s'agisse de mégenrage, de discrimination, de stigmatisation, d'insultes ou de violences physiques. L'apparence peut alors être modifiée, parfois plus par nécessité que par choix personnel.

« C'est plus une stratégie qu'un goût personnel. »

La société semble imposer des normes genrées contraignantes, qui influencent la manière dont les personnes sont perçues et se vivent. À l'inverse, être entouré·e de personnes partageant d'autres représentations du genre et du corps permet parfois un apaisement, une liberté accrue dans l'expression de soi.

En somme, l'identité et l'expression de genre·s émergent d'un dialogue continu entre soi et le monde, où les soutiens comme les freins sociaux modèlent les possibilités de se dire et de se vivre.

2.2. Trajectoires vers les « équipements de genre·s »

Au travers des témoignages, les identités s'épanouissent souvent à travers des modifications de l'apparence corporelle. Les « équipements de genre·s » s'inscrivent dans cette dynamique.

2.2.1. Motivations

Les récits évoquent souvent un besoin d'ajuster l'apparence à l'identité ou à l'image corporelle souhaitée. Certain·e·s décrivent des expériences précoces.

« J'ai constaté des envies, à partir de mes dix ou douze ans »

Faute de matériel adapté, certain·e·s évoquent des stratégies de bricolage, utilisant des objets détournés.

« Une fois, j'ai dû mettre une paire de chaussettes dans un slip. »

2.2.2. Accès

L'accès aux « équipements de genre·s » semble reposer principalement sur les ressources personnelles et la débrouillardise des personnes concernées.

« J'ai pris ce que j'ai trouvé. Je pense que j'aurais pu avoir un meilleur truc .»

L'achat en ligne constitue le mode d'accès le plus fréquent, malgré des contraintes éventuelles multiples et fréquentes : prix élevés, frais de douane, longs délais de livraison ou encore problèmes de confidentialité.

« En plus du prix, il fallait payer des frais de douane, ce qui m'a mis dans une galère financière. »

Les personnes mineures rencontrent des obstacles spécifiques, liés au contrôle parental.

« Je voulais acheter un binder, mais je ne pouvais pas demander à mes parents de le commander pour moi. »

Certain·e·s décrivent des freins liés à la stigmatisation, les équipements étant parfois associés au marché de la sexualité.

« Ils te présentent ça comme si c'était des sex toys ou un truc honteux. »

Une fois reçus, les équipements sont souvent source de déception : les tailles sont inadéquates, la qualité est variable, et l'impossibilité d'essayer avant l'achat complique l'achat.

« J'ai commandé un binder sur Amazon. Il était en plastique, trop serré, et me coupait la respiration. »

Plusieurs personnes ont tenté de se tourner vers les magasins physiques, mais se sont heurtées à une offre spécialisée restreinte et à un sentiment d'inconfort lors de l'achat.

« Quand t’es perçue comme une personne masculine et que tu vas chercher des faux nichons rayon “femmes” à Primark, faut avoir le cœur accroché. »

Face à ces contraintes, les réseaux communautaires - notamment en ligne - offrent entraide, conseils et équipements de seconde main.

« les gens sont toujours ravis de donner leur adresse. »

Dans les structures associatives professionnelles, leur évocation semble brève.

« On en a vaguement parlé cinq minutes. »

L’accès à ces équipements se fait souvent sans accompagnement médical.

« J’ai tout acheté seul·e, sans aucun conseil médical. »

Très peu ont abordé la question avec leur médecin, souvent par hésitation ou parce que le sujet n’a pas été initié par le·la soignant·e. Certain·e·s décrivent le sujet comme trop intime pour être abordé en consultation.

« C’est moi qui ai amené le sujet. Lui, il n’aurait pas osé. C’est un peu intrusif quand même. »

Pour d’autres, ces objets sont simplement restés hors du champ médical.

« Je n’y ai jamais pensé… Je ne crois pas en avoir parlé avec un médecin. »

Ces éléments illustrent à quel point les « équipements de genre·s » semblent peu intégrés aux suivis existants, même dans des structures perçues comme inclusives. Leur usage reste majoritairement empirique, auto-initié, et dépendant de ressources personnelles ou communautaires.

2.2.3. Premiers usages

Les premiers usages des « équipements de genre·s » sont souvent décrits comme des processus progressifs, marqués par des essais, des ajustements et des émotions contrastées - allant du sentiment d’étrangeté à celui de révélation.

« Au début, je trouvais ça étrange, mais c’est vite devenu naturel. »

Ces expérimentations s’accompagnent souvent d’un temps de recherche : trouver la bonne taille, le bon modèle ou la technique qui convient. Certain·e·s insistent sur la simplicité d’usage de certains équipements.

« On les met, on les enlève. C'est quelque chose d'extrêmement facile. »

Mais pour beaucoup, les ajustements prennent du temps et passent par des essais successifs.

> *« Le tucking demande un apprentissage et un certain confort pour être porté longtemps. »*

2.2.4. Bénéfices

Dans les entretiens, ils permettent de se projeter dans une image plus en adéquation avec le ressenti de genre·s, atténuant ainsi la discordance perçue entre le corps et l'identité.

> *« Je le mets dans les moments où j'ai vraiment besoin de me voir comme je suis intérieurement, physiquement. »*

Dans les entretiens, ils sont souvent utilisés en vue d'un mieux-être psychologique.

> *« Ça me fait plaisir, ça me rend heureuse. Et ça me permet aussi de calmer les mauvaises idées .»*

Pour certain·e·s, leur usage a servi de point d'appui dans la construction ou la clarification de leur identité.

> *« Ça m'a un peu conforté dans mon identité. »*

Les témoignages révèlent la diversité des motivations, les difficultés d'accès, les tâtonnements et les bénéfices perçus. Leur usage, souvent empirique, s'inscrit généralement dans une autonomie contrainte, faute de cadre médical ou institutionnel.

2.3. Influences du système de soins belge

Dans les récits, les « équipements de genre·s » apparaissent souvent comme une alternative ou un complément aux traitements hormonaux ou chirurgicaux. Leur usage répond à des situations d'attente, de non-accès, de doutes, à des effets jugés insuffisants ou trop lents, ou encore à un choix de ne pas recourir à une intervention médicale.

> *« J'ai mis des prothèses mammaires en attendant que les seins poussent. Et je tucke en attendant de me faire opérer. »*

2.3.1. En quête de soins transspécifiques

Plusieurs personnes racontent avoir longtemps cherché sans savoir où ni comment accéder à un accompagnement médical transspécifique.

« Je ne savais pas où aller. »

L'accès aux soins apparaît ici rarement immédiat ou évident. L'information circule souvent de manière informelle, au sein de communautés ou de réseaux de pair·e·s, mais encore faut-il y avoir accès.

« J'ai cherché mais je ne savais pas où. Je suis tombé·e sur un forum, un peu par hasard. »

2.3.2. Premiers appuis : pair·e·s, associations, communautés

Dans les entretiens, les espaces communautaires - ami·e·s trans, groupes de pair·e·s, associations communautaires ou réseaux sociaux - apparaissent comme des appuis fréquents pour accéder à des informations pratiques sur les soins.

« C'est un peu grâce à une personne de mon entourage que j'ai commencé. »

Au-delà des informations, plusieurs participant·e·s décrivent ces espaces comme offrant un soutien émotionnel et contribuant à réduire le sentiment de solitude.

« Le fait de ne pas se retrouver seule et de trouver Genres Pluriels, des permanences... C'est génial. »

2.3.3. Premières rencontres avec des soignant.e.s

Dans les récits recueillis, plusieurs personnes racontent avoir rencontré des professionnel·le·s de santé au gré des circonstances. Pour certain·e·s, ces rencontres permettent un accès aux traitements hormonaux, pour d'autres, elles se heurtent à un manque d'informations ou à des refus.

« Mon médecin traitant, c'était impensable d'en parler. Je suis allé voir un autre médecin, il m'a dit ''Ah non, je n'ai jamais eu de cas comme vous''. »

D'autres évoquent au contraire des expériences positives, souvent liées à la chance de tomber sur un·e professionnel·le ouvert·e et/ou bien informé·e.

« Mon médecin généraliste m'a parlé d'une médecin de son équipe qui travaille avec Genres Pluriels. »

Enfin, certain·e·s relatent des réactions hostiles ou des refus explicites.

« J'étais aux urgences psy, et quand j'ai mentionné ma transidentité, on m'a coupé en me disant : « Ah non, non, vous n'allez pas commencer avec ça, on ne s'occupe pas de ça ici ». »

2.3.4. Naviguer dans des réseaux de soins transspécifiques multiples

Dans les entretiens, le recours aux soins transspécifiques apparaît rarement comme un trajet linéaire. Trois types de suivis se dessinent aujourd'hui en Belgique :
les équipes hospitalières, les réseaux communautaires professionnels et les réseaux communautaires de pair·e·s. Cette multiplicité d'offres crée des chemins de soins variés, parfois hybrides, fragmentés ou erratiques, dans lesquels les personnes interrogées tentent de naviguer.

Les équipes hospitalières

Certain·e·s participant·e·s racontent avoir eu recours aux équipes hospitalières dites "de genre", présentes dans plusieurs centres hospitaliers universitaires en Belgique. Ces structures apparaissent souvent comme les plus visibles ou les plus connues, parfois perçues comme le "chemin officiel" d'accès aux soins transspécifiques, notamment pour l'accès à certaines chirurgies ou un meilleur remboursement de certains médicaments. L'expérience racontée par les participant·e·s est cependant marquée par de nombreuses difficultés. Les délais d'attente y sont décrits comme très longs.

« Je connais des gens qui sont sur liste d'attentes d'équipe de genre depuis presque 4 ans. »

Certaines personnes décrivent un fonctionnement perçu comme normatif et psychiatrisant. L'accès aux soins semble y être conditionné par un diagnostic de "dysphorie de genre" et par une exigence de prouver la nécessité des soins.

« J'ai dû expliquer en détail mon ressenti et justifier pourquoi je voulais ce suivi. »

Certain·e·s dénoncent aussi une pathologisation structurelle.

« Les personnes trans ne considèrent pas les soins médicaux comme un traitement d'une maladie, mais comme un accès à ce qui leur permet d'être elles-mêmes. »

Pour la même raison, certain·e·s préfèrent ainsi contourner ces équipes pour garder la main, malgré la perte de certains remboursements potentiels.

« J'ai choisi de ne pas passer par les équipes de genre, même si cela aurait permis des remboursements. Je n'ai pas envie d'être évalué comme si j'étais malade ou que j'avais un trouble mental. »

L'offre de soins chirurgicaux y est également perçue comme limitée, en particulier pour certaines opérations.

« En Belgique, ce type d'opération ne se fait pas. »

Les réseaux communautaires professionnels

En dehors des équipes hospitalières, plusieurs personnes interrogées évoquent avoir trouvé un suivi auprès de médecins généralistes ou de professionnel·le·s exerçant en libéral. Ces soignant·e·s apparaissent de manière récurrente comme des alternatives aux structures hospitalières.

« Je m'amuse à dire que je me suis constitué ma propre équipe de genre. J'ai mon médecin, j'ai mon psychologue, j'ai mon truc. En fait, c'est moi qui garde la main sur la situation. »

Les personnes qui ont bénéficié de ce réseau racontent comment ils ont eu accès aux soignant·e·s.

« J'ai reçu une liste de trois médecins.»

Dans les entretiens, plusieurs récits décrivent des suivis en dehors des structures hospitalières, souvent liés - parfois sans le nommer explicitement - au Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* Belge (RPMST*I*B), coordonné par l'asbl Genres Pluriels. Ce réseau est mentionné comme un espace de soin pensé en réponse aux difficultés d'accès, aux protocoles normés et aux exigences psychiatrisantes perçues les équipes hospitalières dites « de genre ». Pour de nombreux participant·e·s, ce réseau constitue une ressource précieuse : il offre un accueil perçu comme plus respectueux, une

possibilité de suivi moins normé, et un sentiment d'être reconnu·e dans son cheminement. Certain·e·s disent y avoir trouvé des soignant·e·s à l'écoute et adéquat·e·s à leur demande et à leurs besoins. Quelques récits plus critiques pointent cependant des limites perçues : difficultés à obtenir un rendez-vous, absence de réponse à des demandes, ou impression d'un accès filtré, complexe à naviguer.

Les espaces communautaires solidaires et auto-organisés

Dans les récits, les premiers appuis prennent souvent la forme de relations communautaires : ami·e·s trans, groupes de pair·e·s, réseaux sociaux, forums. L'information y circule de manière informelle, par partage d'expériences, conseils pratiques, transmission de ressources.

> *«J'ai trouvé les accompagnant·e·s qui me facilitent la vie, mais ça vient avec la chance d'avoir réussi à trouver des gens de ma communauté. »*

Certain·e·s évoquent aussi des formes d'auto-gestion en dehors du cadre médical : automédication, commandes en ligne, entraide. Ces pratiques s'inscrivent alors comme des solutions de recours, en marge d'un système perçu comme insuffisant, inadapté, voire nocif.

> *« J'ai essayé pendant plus d'un an de rester dans le circuit, mais ça m'a rendu plus malade qu'autre chose. »*

Les informations circulent souvent de manière informelle.

> *« Les personnes trans font des fichiers de médecins et de soignants avec des commentaires dessus sur qui est safe, qui ne l'est pas et qu'il faut éviter.»*

Mais l'accès à aux professionnel·le·s n'est alors pas toujours immédiat. Trouver quelqu'un de disponible et bien informé peut prendre du temps, ou relever d'un certain hasard.

> *« J'ai pris du temps avant de consulter, sur les réputations des médecins. »*

Au sein de cet écosystème de soins, certaines initiatives communautaires jouent un rôle clé. L'asbl Genres Pluriels propose des accompagnements psycho-sociaux, des groupes de parole, des permanences, des séances d'accueil individualisés et coordonne le Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* Belge (RPMST*I*B). L'asbl Face à Toi-Même propose un accompagnement par les pair·e·s via des permanences, des ateliers,

et offre un soutien individualisé. Transfem Belgium**,** de son côté, offre des espaces de discussion et de partage pour les personnes transféminines. Ces réseaux communautaires contribuent à rendre les soins transspécifiques accessibles et deviennent, pour certain·e·s, un espace de soin en soi.

2.3.5. Accès et limites des traitements hormonaux et chirurgicaux

Dans les entretiens, les traitements hormonaux et chirurgicaux sont souvent perçus comme nécessaires, mais leur accès reste complexe et inégal. De plus, les effets des hormones sont parfois jugés trop lents voire décevants.

> *« Au début, il y avait l'euphorie des changements. Mais maintenant que ça stagne, entre guillemets, c'est plus compliqué. »*

D'autres évoquent des limites à certains modes d'administration.

> *« Le mode d'administration du traitement hormonal en gel ne me convenait pas. Il n'était pas efficace sur moi. »*

Face à ces obstacles, certain·e·s se tournent vers des circuits parallèles et des pratiques d'automédication.

> *« Aujourd'hui, je me fournis en hormones sur des réseaux parallèles. »*

Du côté des traitements chirurgicaux, les témoignages évoquent un accès freiné par des délais importants, des critères médicaux ou administratifs contraignants, et des coûts souvent difficiles à assumer. À ces obstacles s'ajoutent de nombreuses incertitudes : résultats jugés imprévisibles, complications post-opératoires et pénibilité du processus. Ces éléments nourrissent des hésitations, retardent les décisions, ou conduisent certain·e·s à y renoncer.

> *« J'ai longtemps hésité à me lancer parce que c'est une opération lourde et risquée. »*

Enfin, plusieurs participant·e·s décrivent une offre chirurgicale perçue comme limitée en Belgique, ce qui conduit certain·e·s à envisager une opération à l'étranger.

> *« En France, il y a plus d'options, plus de chirurgien·ne·s spécialisé·e·s, et parfois des techniques qui n'existent pas ici. »*

2.3.6. Place des « équipements de genre·s » dans le système de soins

Bien qu'ils ne relèvent pas des soins médicaux, les « équipements de genre·s » apparaissent dans de nombreux récits. Ils s'insèrent au croisement, en parallèle ou en dehors des soins transspécifiques : utilisés comme recours temporaire, comme complément ou comme alternative.

> *« Les prothèses elles ont une utilité, oui, parce que les hormones, c'est lent à prendre effet. »*

Dans certains récits, les équipements apparaissent comme des ressources indispensables.

> *« Heureusement qu'il y a ça, parce que ça serait très très compliqué de tenir si ça ça existait pas. »*

Face aux limites perçues du système de soins, les "équipements de genre·s" apparaissent comme des ressources concrètes, parfois mobilisées en complément d'un accompagnement médical, le plus souvent utilisées de manière autonome.

2.4. Expériences des « équipements de genre·s »

Qu'ils soient portés ponctuellement ou au quotidien, les « équipements de genre·s » semblent occuper une place particulière dans la vie des personnes concernées.

2.4.1. Usages des « équipements de genre·s » au quotidien

Les usages varient selon les contextes, les moments et le niveau de confort : certains équipements sont portés ponctuellement ou toute la journée, à domicile, à l'extérieur, ou uniquement dans des environnements perçus comme sécurisants.

> *« En public, je porte toujours mes prothèses, mais chez moi, je ne les mets pas forcément. »*

2.4.2. Impacts sur l'identité de genre·s et le bien-être

D'après les récits, ils participent parfois à un ajustement entre l'apparence corporelle et l'identité de genre·s ressentie.

« Ça m'a aidé à me sentir en phase avec cette étape de transition. »

Plusieurs personnes décrivent des effets bénéfiques variés allant d'une sensation de joie, de fierté, d'apaisement à un sentiment de de stabilité intérieure.

« Ça te donne beaucoup plus d'assurance et de joie »

Les récits évoquent aussi des sensations corporelles variées telles que la détente musculaire, une sensation de légèreté ou encore la disparition de zones de tension.

« Quand je porte un tucking underwear, ça me libère de ce poids-là. »

Certains témoignages évoquent aussi des effets cognitifs telles qu'une stabilité psychique ou une réduction des préoccupations liées à l'image corporelle.

« je peux me concentrer sur autre chose que mon apparence. »

Pour plusieurs personnes, ces équipements deviennent un appui quotidien pour préserver un équilibre psychique.

« C'est un peu l'antidépresseur on va dire…»

2.4.3. Usages dans la sexualité

Dans les récits, les équipements trouvent aussi leur place dans la sphère intime, où ils peuvent renforcer le confort corporel et favoriser des relations sexuelles plus sereines.

« Même si je sais qu'un homme n'a pas besoin d'un pénis, avec une prothèse je me sens plus à l'aise. »

Pour d'autres, ils permettent l'exploration corporelle et l'expérimentation de nouvelles sensations. Certaines prothèses sont dites « multifonctions » : elles peuvent être utilisées pour « packer », uriner debout, pénétrer, et parfois inclure des dispositifs de stimulation sensorielle ou de simulation d'éjaculation. Le marché propose des modèles plus ou moins réalistes, avec des systèmes d'attache, des zones de contact, ou encore des effets visuels et tactiles.

« Il y a une sorte de tige érectile à l'intérieur, donc on peut l'enlever, l'utiliser ou non. »

Toutefois, l'accessibilité, le coût élevé et les incertitudes liées à l'ajustement à l'anatomie individuelle constituent parfois des freins.

« C'est pas facile de savoir si ça va aller. C'est un peu pile ou face. »

2.4.4. Bénéfices sur l'intégration sociale

Pour plusieurs participant·e·s, les « équipements de genre·s » contribuent à apaiser les interactions sociales, à réduire l'anxiété sociale, à renforcer le sentiment de légitimité dans l'espace public et à mieux s'adapter à des environnements perçus comme hostiles.

« je me sentais mieux dans mon corps, et ça a réduit mon anxiété sociale. »

2.4.5. Prévention des violences

Plusieurs répondant·e·s associent l'usage des « équipements de genre·s » à une stratégie de protection face aux violences parfois quotidiennes : regards insistants, remarques déplacées, mégenrage, harcèlement, agressions verbales ou physiques, discriminations. Le *passing* permis par certains équipements est évoqué comme un filet de sécurité. Cette stratégie de *passing*, décrite comme efficace, implique souvent des compromis entre confort personnel et adaptation au regard social.

« Si t'as plus de seins, t'as plus de passing, t'es plus tranquille, moins sujette au mégenrage et à la violence. »

2.4.6. Limites des « équipements de genre·s »

Si les bénéfices rapportés sont nombreux, les entretiens soulignent aussi des limites et des difficultés concrètes : inconforts physiques, inadéquations morphologiques, fragilité du matériel, coûts élevés et accès restreint.

Inconforts

Plusieurs personnes interrogées évoquent une gêne liée au port prolongé de certains équipements, pouvant aller jusqu'à la douleur. Les matériaux, comme le silicone, sont parfois perçus comme désagréables à porter. L'effet émotionnel est souvent ambivalent : si le port d'un équipement peut procurer un bien-être temporaire, son retrait peut provoquer un mal-être, générant des émotions difficiles à gérer.

« Un inconvénient c'est le désarroi, de les retirer, et tout d'un coup de se retrouver avec le corps qui nous convient beaucoup moins. »

« C'est un ascenseur émotionnel difficile. »

Inadéquation aux variances morphologiques

Certain·e·s participant·e·s soulignent que les équipements disponibles sur le marché ne tiennent pas toujours compte de la diversité des morphologies. Les tailles standardisées et les formes proposées peuvent être inadaptées aux corps, ce qui complique leur usage.

« J'ai essayé plusieurs types de prothèses, mais elles ne correspondaient pas à ma morphologie. Certaines étaient trop petites, d'autres trop étroites, et ça ne faisait pas naturel. »

Fragilité

Les matériaux utilisés sont parfois perçus comme fragiles. Leur détérioration rapide limite la possibilité d'un usage quotidien prolongé, et entraîne des frais répétés.

« Les équipements adhésifs s'usent rapidement. Ça coûte cher de les remplacer régulièrement. »

Coût financier

Le coût apparaît comme un frein majeur : plusieurs personnes évoquent l'impossibilité d'acquérir des équipements et regrettent l'absence de reconnaissance ou de remboursement.

« Personnellement, je n'ai pas le budget pour commander une prothèse à 500-600 euros pour qu'elle ne me convienne pas. C'est trop risqué. »

Accès limité

Comme vu précédemment, l'achat est souvent restreint aux plateformes en ligne, sans possibilité d'essayer les produits ni de bénéficier de conseils adaptés. Par ailleurs, il n'y a pas d'encadrement médical, ce qui réduit encore l'information et l'accessibilité.

Les « équipements de genre·s » font partie de ces objets discrets, voire invisibles, qui s'inscrivent dans l'intimité du quotidien. À travers eux, c'est l'expression de genre·s qui se façonne, s'expérimente ou se construit, mais aussi d'autres dimensions qui se révèlent : santé mentale, confort corporel, sexualité, intégration sociale, sécurité.

2.5. Perspectives d’amélioration

En écho aux limites rencontrées, plusieurs personnes formulent des souhaits et des propositions concrètes.

2.5.1 Réalisme

Plusieurs expriment le souhait que les équipements soient plus réalistes en termes de forme, de texture, de couleur ou de représentation corporelle. Il est notamment question d’intégrer des éléments comme les tétons, les aréoles, ou de proposer des formes de seins variées, en dehors des standards esthétiques dominants.

> *« On peut imaginer aussi avoir des formes de seins différentes. Et pas nécessairement des seins de jeune première. Différentes couleurs, aussi. »*

2.5.2. Durabilité

Le souhait d’un équipement plus résistant et confortable revient régulièrement. Un meilleur choix de matériaux permettrait un usage régulier, sur la durée, sans usure rapide ni inconfort croissant.

> *« Ce serait agréable d'en avoir une que je puisse tout le temps porter. »*

2.5.3. Accessibilité financière

Plusieurs personnes appellent à une reconnaissance institutionnelle, notamment par une prise en charge du coût.

> *« Ça ferait sens que ces équipements soient remboursés, car ils font partie intégrante de nombreuses transitions. »*

2.5.4. Lieux de vente et d’accompagnement

Plusieurs personnes expriment le besoin de lieux physiques pour découvrir et essayer les équipements, avec des conseils adaptés. L’essayage est perçu comme un levier pour mieux choisir, mais aussi pour oser explorer son expression de genre·s.

> *« En fait, il faut essayer quoi. Juste au moins essayer, pour voir. »*
>
> *« On devrait pouvoir en trouver plus facilement »*

2.5.5. Espaces communautaires de circulation

Plusieurs personnes proposent la création de lieux de découverte des équipements. Ces espaces permettraient de tester, emprunter, échanger, dans une logique d'information.

> *« Ce serait bien d'avoir une sorte de ludothèque ou d' « équipementhèque », un endroit où on pourrait voir ce qui existe, découvrir, essayer, et peut-être même emprunter. »*

2.5.6. Intégration des « équipements de genre·s » dans les soins médicaux

Les personnes interrogées expriment des attentes diverses concernant l'accès, la reconnaissance et l'accompagnement autour des « équipements de genre·s » dans les soins médicaux.

Une attente de reconnaissance médicale

Pour beaucoup, ces équipements devraient être considérés comme de véritables dispositifs de soin. Leur absence dans les pratiques de soins est perçue comme un manque.

> *« Pour moi, ça fait partie des soins transspécifiques, au même titre que le traitement hormonal ou un médicament. »*

Un besoin d'information

Certain·e·s déplorent que les professionnel·le·s de santé n'évoquent pas ces options lors des consultations, et expriment le souhait d'être mieux informé·e·s et orienté·e·s.

> *« Ce serait bien qu'un médecin puisse en parler et conseiller. »*

Une approche individualisée

Une personne interrogée insiste sur le fait que ce sujet ne devrait pas être abordé systématiquement, mais proposé selon le rythme et les besoins de chacun·e.

> *« Je pense pas que j'apprécierais que mon médecin me dise ‘‘essaye ceci, cela’’ si moi je n'aborde pas le sujet. »*

Certain·e·s estiment que cette discussion peut être particulièrement utile pour des personnes isolées ou éloignées des milieux communautaires. D'autres considèrent que ces sujets trouvent plus naturellement leur place dans les démarches communautaires, et pas nécessairement dans le suivi médical.

Des lieux de distribution et de conseil à développer

Certains témoignages suggèrent que ces équipements pourraient être rendus accessibles via des lieux de santé communautaire ou des plannings familiaux.

« Ça aurait été beaucoup plus facile de les acheter au planning familial que de les acheter à Primark. »

Les pistes d'amélioration évoquées par les personnes concernées mettent en lumière des besoins à la fois matériels et institutionnels. Qu'il s'agisse de rendre les équipements plus réalistes, plus durables et plus accessibles, les attentes convergent vers une reconnaissance de ces objets comme dispositifs de soin à part entière, et vers leur intégration dans les pratiques médicales et les espaces communautaires.

DISCUSSION

Forces et limites de cette étude

1) Forces :

a) Originalité du sujet

Actuellement, peu d'études se sont penchées de manière centrale sur les « équipements de genre·s ». Ce travail contribue à visibiliser et appréhender un sujet largement absent du champ clinique et de la recherche médicale.

b) Méthodologie qualitative inductive

L'approche qualitative inductive, centrée sur les récits, a permis de documenter des aspects encore peu explorés, tout en rendant visibles de multiples dimensions et nuances.

c) Approche non pathologisante

Cette étude s'inscrit dans une approche non pathologisante, en cohérence avec la législation belge relative à l'identité de genre·s, à l'expression de genre·s et aux caractères sexués, qui garantit à chaque personne le droit à l'autodétermination de son identité de genre·s. Elle ne cherche ni à médicaliser ni à diagnostiquer les vécus recueillis, mais à les comprendre à partir des trajectoires personnelles.

d) Réflexion sur la notion de soin

Cette étude interroge la définition même du soin et des dispositifs de soin et participe à une réflexion sur ce que peut être le soin, mais aussi sur les acteur·rice·s légitimes à le définir.

e) Contribution au champ de la médecine générale

En valorisant des expériences issues de la première ligne et de trajectoires de soin non-hospitalières, cette étude interroge le rôle que la médecine générale peut jouer vis-à-vis du sujet de recherche, dans une perspective de soin globale, accessible et préventive.

f) Contribution à la compréhension du paysage des soins transspécifiques

En rendant compte de trajectoires composites, cette étude propose une lecture contrastée des différents réseaux de soins transspécifiques aujourd'hui mobilisés en Belgique francophone.

2) Limites :

a) Échantillon restreint et peu diversifié

Le terrain d'enquête étant centré sur un contexte francophone belge, cela limite la portée comparative à l'international, ainsi que la prise en compte d'autres modèles de réseaux et structures permettant d'accéder aux soins transspécifiques.

b) Biais de recrutement

Le recrutement des participant·e·s s'est fait principalement via les réseaux de l'asbl Genres Pluriels. D'autres espaces n'ont pas été mobilisés ou n'ont pas répondu à l'appel à participation. Cela a pu orienter les profils rencontrés et introduire un biais sur les types de soins reçus et les réseaux de soins sollicités.

c) Biais d'auto-sélection

Les personnes ayant accepté de participer à l'étude sont susceptibles d'avoir un intérêt particulier pour les « équipements de genre·s ». Ce biais d'auto-sélection pourrait avoir contribué à une certaine surreprésentation de récits exprimant des difficultés dans les

trajectoires de soins transspécifiques, dans la mesure où ces difficultés ont pu motiver le recours à d'autres ressources, comme les équipements.

d) Absence de certains vécus

Certaines expériences restent peu représentées dans l'échantillon, notamment dans des contextes de vie moins visibles ou plus marginalisés : personnes vivant en grande précarité, en milieu rural, ou en situation de handicap, ainsi que celles issues de contextes culturels et linguistiques minoritaires en Belgique. D'autres groupes sont également absents, comme les personnes mineures ou les seniors.

e) Absence de données cliniques ou biomédicales

Contrairement à certaines études quantitatives, ce travail ne permet ni de quantifier les effets bénéfiques des « équipements de genre·s », ni d'évaluer les risques potentiels pour la santé physique.

f) Absence de point de vue des professionnel·le·s de santé

Le travail ne croise pas les données avec celles de professionnel·le·s de santé, empêchant d'identifier avec précision les freins individuels ou institutionnels à l'intégration des « équipements de genre·s » dans les pratiques médicales.

Usages, bénéfices et limites des « équipements de genre·s »

Plusieurs études (7,22,23,33) montrent que les « équipements de genre·s » sont utilisés pour ajuster l'apparence corporelle à l'identité de genre·s ressentie, soulager un inconfort, explorer une identité en construction ou limiter le mégenrage. Ce travail confirme ces éléments, les étend à d'autres équipements encore peu étudiés. Ces résultats invitent à intégrer ces dimensions dans la formation des professionnel·le·s de santé, afin qu'ils·elles puissent mieux comprendre les raisons de ces usages et y répondre avec pertinence. Des recherches complémentaires pourraient explorer ces motivations dans des contextes d'âge, de classe ou de culture plus variés.

La littérature converge également sur les effets bénéfiques du *binding,* du *tucking* ou du *packing* sur le bien-être psychique, la réduction de l'anxiété sociale et le sentiment d' « affirmation de soi » (22,23,34). Ce travail confirme ces effets et les étend à d'autres équipements peu documentés. Il montre notamment le rôle que ces objets peuvent jouer dans les trajectoires identitaires : comme amorces, comme passages ou comme stabilisateurs. Ces résultats soulignent l'intérêt d'une meilleure reconnaissance clinique, à travers leur intégration dans les consultations, en particulier lorsque les patient·e·s en expriment le besoin (28,33,35). Une approche mixte, combinant données qualitatives et quantitatives, permettrait de mieux cerner leur impact, notamment dans la durée, en lien avec l'âge, la précarité ou l'isolement. Les bénéfices d'équipements conçus sur mesure mériteraient également d'être étudiés.

Mais ces objets ne sont pas sans limites. Les entretiens évoquent divers inconforts ou effets secondaires. Ces observations font écho aux résultats de la littérature (18,21,36). Une étude (22) comparant *binders* commerciaux et artisanaux met en évidence des effets secondaires différents selon les types, mais jamais absents. Ces résultats, comme ceux de notre étude, soulignent le caractère ambivalent de ces équipements : à la fois ressources et sources d'inconfort. Ils invitent au développement d'espaces d'essayage, de conseil et de choix éclairés. Ils soulignent aussi la nécessité de former les professionnel·le·s de santé aux effets possibles de ces équipements, afin de pouvoir en discuter avec leurs patient·e·s, prévenir les risques et/ou accompagner leur usage dans une logique de soin. Des études supplémentaires pourraient documenter les risques liés à un usage prolongé ou inadapté, notamment chez les personnes précarisées, jeunes, âgées, ou en situation de handicap.

Accès, reconnaissance et intégration des « équipements de genre·s » dans les soins

Comme le montrent d'autres études (21,26,32), les pratiques de *binding* et de *tucking* sont majoritairement initiées de manière autonome, souvent en dehors du cadre médical. Internet, les réseaux sociaux et les communautés de pair·e·s apparaissent comme les

principales sources d'information et d'accès. Ces pratiques sont rarement abordées avec des professionnel·le·s de santé (23,29). Des obstacles à leur accès sont décrits dans cette étude : coût élevé, absence d'essayage, manque d'information fiable, circuits de vente peu lisibles, voire stigmatisants. Ces obstacles rejoignent ceux identifiés dans d'autres travaux (33,36).

La faible reconnaissance institutionnelle de ces objets contribue à leur invisibilisation dans le champ médical. Ni prescrits, ni encadrés, ni remboursés, les « équipements de genre·s » demeurent en marge des réseaux de soins. Cette absence de reconnaissance peut limiter l'autonomie des personnes concernées et alimenter une précarité émotionnelle, économique et médicale. Pourtant, plusieurs publications plaident pour leur prise en compte (29,32,35).

Dans cette perspective, des dispositifs concrets sont envisageables : espaces de prêt ou d'essayage (comme des « équipementhèques »), filières de seconde main, systèmes de remboursement, accompagnement personnalisé, ressources d'information claires. La formation des professionnel·le·s de santé apparaît centrale : elle permettrait de rendre ces sujets abordables en consultation, avec tact et pertinence, selon les besoins exprimés.

La question de la reconnaissance institutionnelle fait écho à un autre domaine de soin : celui des prothèses mammaires externes mobilisées après une mastectomie. Bien que très différentes dans leur contexte d'usage, ces prothèses remplissent des fonctions comparables : portées au contact du corps sans modification anatomique permanente, elles contribuent à une sensation de cohérence entre apparence et identité ressentie, soutiennent le bien-être psychologique et favorisent la réintégration sociale (37–40). En Belgique, elles bénéficient d'une reconnaissance médicale : elles sont prescrites, remboursées, proposées dans des espaces dédiés, encadrées par des professionnel·le·s de santé formé·e·s (41,42), et parfois fabriquées sur mesure (43). À l'inverse, les « équipements de genre·s » restent hors du champ médicalet insitutionnel. Cette asymétrie interroge. Elle semble dessiner une hiérarchisation implicite des souffrances,

où le mal-être post-cancer est légitimé, mais pas celui lié au(x) genre(s). Elle laisse aussi supposer une autre hiérarchie : entre femmes cisgenres et femmes transgenres.

Les trajectoires recueillies dans cette étude illustrent par ailleurs la coexistence de plusieurs réseaux de soins transspécifiques en Belgique francophone : équipes hospitalières dites « de genre », réseaux communautaires professionnels comme le RPMST*I*B, et réseaux de pair·e·s. Cette pluralité pourrait constituer une richesse si elle s'accompagnait d'une complémentarité assumée et d'une accessibilité équitable. Mais les écarts observés entre les structures semblent alimenter une fragmentation des soins. Un parallèle peut être établi avec la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), qui associe centres hospitaliers et plannings familiaux. Cette dualité montre qu'une diversité d'offres peut exister sans hiérarchie.

Dans cette logique, la médecine générale a un rôle stratégique à jouer. Déjà mobilisée dans certains réseaux comme le RPMST*I*B, elle constitue un point d'ancrage accessible. Les « équipements de genre·s » pourraient tout à fait y être abordés, à condition que leur fonction thérapeutique soit reconnue, que les professionnel·le·s soient formé·e·s, et que des ressources soient disponibles. Une telle évolution impliquerait d'élargir le champ du soin à des objets encore marginalisés, mais essentiels pour beaucoup.

Conclusion

Les « équipements de genre·s » sont essentiels pour de nombreuses personnes transgenres. Ils contribuent à leur bien-être psychologique et corporel, permettent d'ajuster l'apparence à l'identité de genre ressentie, soulagent certaines souffrances, réduisent l'exposition aux violences, ou facilitent simplement la vie en société dans un monde souvent vécu comme hostile. En cela, ils relèvent pleinement d'une logique de soin centrée sur la personne. Pourtant, bien qu'ils soient vécus comme des ressources thérapeutiques à part entière, ces équipements restent largement absents du champ médical. Leur absence de reconnaissance apparait comme un frein à leur accessibilité et

à leur bon usage. Leur utilisation repose aujourd'hui majoritairement sur des stratégies d'autonomie – parfois choisies, parfois contraintes – en marge d'un système de soins perçu parfois comme inaccessible, insuffisant ou pathologisant. Cette étude, qui visait à interroger leur place dans les soins primaires, confirme que les « équipements de genre·s » peuvent constituer des soutiens, des alternatives ou des compléments aux autres soins transspécifiques, et devraient donc être considérés comme tels. Elle met en lumière des attentes concrètes exprimées par les personnes concernées : reconnaître « les équipements de genre·s » comme des dispositifs de soin, intégrer leur usage dans les consultations médicale, offrir des informations fiables et accessibles, développer des espaces d'essayage, de prêt ou de conseil, mettre en place des dispositifs de remboursement, et former les professionnel·le·s de santé. La médecine générale peut jouer un rôle clé vis-à-vis des « équipements de genre ». Dans le domaine de la recherche, plusieurs axes se dessinent : mieux documenter la diversité des équipements, explorer les usages d'équipements faits sur mesure, étudier les besoins de publics spécifiques (mineur·e·s, personnes âgées, en situation de handicap), croiser les points de vue des usager·e·s et des soignant·e·s, et intégrer davantage de méthodologies participatives. En somme, reconnaître les « équipements de genre·s » comme des objets de soin à part entière, c'est élargir le champ de ce que la médecine peut construire avec - et pour - les personnes transgenres. C'est aussi élargir les contours du soin lui-même, et affirmer que la médecine peut, et doit, s'ajuster aux vécus qu'elle accompagne.

Bibliographie

1. Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. Int J Transgend Health. 2020;21(2):125-37.

2. Peraud W. Trouble de stress post-traumatique et trouble de stress post-traumatique complexe chez les personnes LGBTQIA+: prévalences et facteurs associés.

3. Les patient.e.s transgenres : une actualité et une réalité méconnues | AMUB [Internet]. [cité 22 févr 2024]. Disponible sur: https://www.amub-ulb.be/node/1869

4. Medico D, Pellaton C, Zufferey A. L'affirmation de genre des jeunes trans et non binaires en Suisse romande. Med Sci (Paris). févr 2023;39(2):157-63.

5. TRANSPARENTS. Le nombre de personnes trans est-il en augmentation ? [Internet]. TRANSPARENTS. [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: https://transparents.info/faq/le-nombre-de-personnes-trans-est-il-en-augmentation/

6. de Blok CJ, Wiepjes CM, van Velzen DM, Staphorsius AS, Nota NM, Gooren LJ, et al. Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. Lancet Diabetes Endocrinol. oct 2021;9(10):663-70.

7. Tran Ngoc MA, Greenberg K, Alio PA, McIntosh S, Baldwin C. 165. Non-Medical Body Modification (Body-Mod) Strategies Among Transgender and Gender Diverse (TG/GD) Adolescents and Young Adults. Journal of Adolescent Health. 1 févr 2020;66(2, Supplement):S84.

8. Une nouvelle loi pour les personnes transgenres en Belgique [Internet]. CDE. [cité 12 avr 2025]. Disponible sur: https://cde.ulb.be/publication/une-nouvelle-loi-pour-les-personnes-transgenres-en-belgique/

9. Trans Health Map 2022: The State of Trans Healthcare in the EU - TGEU - Trans Europe and Central AsiaTGEU – Trans Europe and Central Asia [Internet]. 2022 [cité 13 avr 2025]. Disponible sur: https://tgeu.org/trans-health-map-2022/

10. Genres Pluriels - Revendications pour l'élection 2024 - Focus remboursement des soins de santé (...) [Internet]. [cité 10 avr 2025]. Disponible sur: https://www.genrespluriels.be/Revendications-pour-l-election-2024-Focus-remboursement-des-soins-de-sante-pour#nb1

11. A D, A D. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 13 avr 2025]. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-

officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans

12. Zorgbrochure | Transgenderinfo [Internet]. 2022 [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: https://www.transgenderinfo.be/nl/transgenderzorg/volwassenen/zorgbrochure

13. Genres Pluriels - Attentes des personnes transgenres vis-à-vis de leur médecin généraliste (...) [Internet]. [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: https://www.genrespluriels.be/Attentes-des-personnes-transgenres-vis-a-vis-de-leur-medecin-generaliste-lors

14. Genres Pluriels - Quelles sont les attentes que les hommes trans* ont vis-à-vis de leur (...) [Internet]. [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: https://www.genrespluriels.be/Quelles-sont-les-attentes-que-les-hommes-trans-ont-vis-a-vis-de-leur-medecin

15. Hyde Z, Doherty M, Tilley PJM, McCaul K, Rooney R, Jancey J. The first Australian national trans mental health study: summary of results. Perth, Perth, WA: Curtin University - School of Public Health. Curtin University - School of Public Health; 2014.

16. Burgwal A, Gvianishvili N, Hård V, Kata J, García Nieto I, Orre C, et al. Health disparities between binary and non binary trans people: A community-driven survey. Int J Transgend. 2019;20(2-3):218-29.

17. Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. Br J Psychiatry. févr 2014;204(2):151-6.

18. Poteat T, Malik M, Cooney E. 2148 Understanding the health effects of binding and tucking for gender affirmation. Journal of Clinical and Translational Science. juin 2018;2(S1):76-76.

19. Arijs Q, Maras D, Motmans J. Vivre en tant que personne transgenre et/ou non binaire en Belgique – Troisième étude nationale sur les conditions de vie et les expériences de discrimination des personnes transgenres et/ou non-binaires en Belgique. 2025.

20. Lee A, Simpson P, Haire B. The binding practices of transgender and gender-diverse adults in Sydney, Australia. Culture, Health & Sexuality. 2 sept 2019;21(9):969-84.

21. Peitzmeier S, Gardner I, Weinand J, Corbet A, Acevedo K. Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. Culture, Health & Sexuality. 2017;19(1):64-75.

22. Finney N, Slomoff R, Cervantes B, Dunn N, Strutner S, Martinez C, et al. Physical and Mental Changes Reported by Transgender and Non-Binary Users of

Commercial and Non-Commercial Chest Binders: A Community-Informed Cross-Sectional Observational Study. Transgender Health. 2024;9(6):533-43.

23. Julian JM, Salvetti B, Held JI, Murray PM, Lara-Rojas L, Olson-Kennedy J. The Impact of Chest Binding in Transgender and Gender Diverse Youth and Young Adults. Journal of Adolescent Health. 2021;68(6):1129-34.

24. Soutenir l'accès aux articles d'affirmation de genre [Internet]. [cité 20 mars 2025]. Disponible sur: https://trouvetaressource.com/fr/publications/diversite-sexuelle-et-de-genre/soutenir-lacces-aux-articles-daffirmation-de-genre

25. Tucking+English.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: https://static1.squarespace.com/static/5ef4d643e5c82f2660357a38/t/633b72a5b75f1750c4045408/1664840357690/Tucking+English.pdf

26. Malik M, Cooney EE, Brevelle JM, Poteat T. Tucking Practices and Attributed Health Effects in Transfeminine Individuals. Transgend Health. févr 2024;9(1):92-7.

27. Trussler JT, Carrasquillo RJ. Cryptozoospermia Associated With Genital Tucking Behavior in a Transwoman. Rev Urol. 2020;22(4):170-3.

28. Tomson A, McLachlan C, Wattrus C, Adams K, Addinall R, Bothma R, et al. Southern African HIV Clinicians Society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. 2021 [cité 18 mars 2025];22(1). Disponible sur: https://www.proquest.com/docview/2582694858/abstract/2A02D314142D4E40PQ/1

29. Kidd N, Mark K, Dart M, Casey C, Rollins L. Genital Tucking Practices in Transgender and Gender Diverse Patients. Ann Fam Med. 2024;22(2):149-53.

30. Turley R, Potdar N. A Case of Oligoasthenoteratozoospermia Following Genital Tucking: Transgender Fertility Preservation. Reprod Sci. juill 2023;30(7):2248-51.

31. Manafi E, Belarmino AR, Mills JN, Eleswarapu SV, Ng GY. The impact of tucking on fertility among transgender women: A systematic review. International Journal of Transgender Health. 2024;

32. Jarrett BA, Corbet AL, Gardner IH, Weinand JD, Peitzmeier SM. Chest Binding and Care Seeking Among Transmasculine Adults: A Cross-Sectional Study. Transgend Health. 2018;3(1):170-8.

33. Diana P, Belluzzi B, Corona F, Barbi E, Tornese G. Nonmedical Gender-Affirming Practices in Transgender and Gender Diverse Adolescents: A Narrative Review. Transgender Health. 2024;

34. Reddy-Best KL, Reilly A, Streck K, Green D, Morris K, Doty K. Chest-Binding Practices for Trans and Nonbinary Individuals within Different Spatiotemporalities: Redefining the Meanings of Space, Place, and Time. Fashion Theory. 19 sept 2023;27(6):833-60.

35. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People | Gender Affirming Health Program [Internet]. [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: https://transcare.ucsf.edu/guidelines

36. Santos WJ dos, Silva RB da, Rodrigues DF, Rocha LMF da, Moura GJB de, Ceballos AG da C de. Chest binding and respiratory complaints in transgender men. Fisioterapia em movimento. 2022;35.

37. Wulandari SM, Yunitasari E, Kusumaningrum T, Myint NMM, Subu MA. Body image perception among breast cancer patients after mastectomy: A phenomenology study. J Pal Nurs Stud [Internet]. 26 juill 2023 [cité 10 avr 2025]; Disponible sur: https://jpns-journal.com/index.php/jpns/article/view/87

38. Ng RP, Allen JC, Chia YY, Lim GH. Conventional standard-sized bra with prosthesis or patient's bra with customized hand-knitted external prosthesis after mastectomy: Mixed-methods evaluation of patients' preferences. Breast Disease. 2023;42(1):375-82.

39. McGhee DE, Mikilewicz KL, Steele JR. Effect of external breast prosthesis mass on bra strap loading and discomfort in women with a unilateral mastectomy. Clinical biomechanics (Bristol). 2020;73:86-91.

40. Koralewska A, Domagalska-Szopa M, Siwiec J, Szopa A. The Influence of External Breast Prostheses on the Body Postures of Women Who Have Undergone Mastectomies. Journal of Clinical Medicine. janv 2023;12(7):2745.

41. Intervention dans le coût des prothèses mammaires externes | INAMI [Internet]. [cité 12 avr 2025]. Disponible sur: https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/prestations-de-soins-individuelles/intervention-dans-le-cout-des-protheses-mammaires-externes?utm_source=chatgpt.com

42. Institut Jules Bordet [Internet]. [cité 12 avr 2025]. Conseil et soins de bien-être. Disponible sur: https://www.bordet.be/fr/conseil-et-soins-de-bien-etre

43. University Hospital, Toulouse. Study of the Quality of Life in Patients with Standard External Breast Prosthesis Compared to Patients with Custom-made Breast Prosthesis. MEAVANTI Project. [Internet]. clinicaltrials.gov; 2025 févr [cité 26 mars 2025]. Report No.: NCT03981263. Disponible sur: https://clinicaltrials.gov/study/NCT03981263