

Soins des personnes trans : vers la démedicalisation des parcours de transition sociale et la démocratie sanitaire

Réponse de la Fédération Trans & Intersexes à Nicole Athéa

Tout d'abord, nous souhaitons remercier Patrick Landman pour avoir conseillé le 10 avril dernier la lecture de l'article d'opinion de Jules Morgan parue dans *The Lancet* de Février 2015 « Trans* health : 'Diversity, not pathology' »¹. Sa lecture permet une mise en discussion intelligente avec le texte diffusé dans le même courrier, de Nicole Athéa « Médecins de trans et militants trans LGBT »². Pour compléter et synthétiser ces deux opinions, nous, associations de personnes trans membres de la Fédération Trans & Intersexes³, souhaitons participer à cette conversation, en tant qu'associations directement visées et citées dans le texte de Nicole Athéa.

Nous revenons en particulier sur deux des principaux axes critiques développés par Nicole Athéa, qui peuvent s'éclairer par le texte de Jules Morgan, ainsi que par nos savoirs associatifs : (I) la participation des personnes concernées aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ; et (II) La démedicalisation des parcours de transition sociale.

I – La participation des personnes concernées aux RCP

Nicole Athéa critique la présence d'un « militant LGBT-Trans » dans les « staffs pédo-psy et endocrino-pédiatrique ». Nous ne sommes pas sûrs de savoir à quel épisode elle fait référence. Mais nous pensons qu'il doit sûrement s'agir de réunions de concertation pluridisciplinaire. **Ces réunions ne sont pas des réunions « de staff »** mais comme l'indique leur nom, des réunions de **concertation pluridisciplinaire**. On y trouve donc des médecins de différentes spécialités, mais aussi d'autres professionnels de santé (psychologues, infirmiers, etc.), ainsi que des professionnels d'autres disciplines, notamment des professionnels du secteur médico-social et social, des juristes, et des associations dont l'objet

¹ Jules Morgan, *The Lancet Psychiatry* (2015), [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00022-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00022-X)

² Accessible ici : <https://bit.ly/2S2uwyk>

³ Associations membres signataires : Acceptess-T, C'est pas mon genre !, Chrysalide, Clar-T, RITA, TRANS INTER Action, T-Time

statutaire est la défense des droits des personnes trans usagères du système de santé, c'est-à-dire nous.

Nicole Athéa semble s'indigner de l'inclusion des personnes concernées dans des réunions ayant précisément pour objet l'amélioration de leur santé. Elle met en opposition, d'un côté, les « professionnels », et de l'autre, les « associations LGBT », et indique à de nombreuses reprises que la collaboration de ces intérêts supposément contradictoires au sein d'une même structure ferait émerger des conflits d'intérêt (sans toutefois utiliser ces mots). Par cette mise en opposition entre professionnels et associations, Nicole Athéa commet une première lourde erreur d'analyse, présument une opposition dialectique là où il n'y a, structurellement, qu'une **concertation de points de vue différents**, parfois contradictoires, parfois complémentaires, souvent indépendants.

Le titre même du texte de Nicole Athéa est profondément révélateur de cette présomption d'incompatibilité. « Médecins de trans et militants trans LGBT » met en opposition d'un côté les soignants et soignantes de personnes trans, et de l'autre ces dernières. Il oublie ainsi que les soignants et soignantes de personnes trans peuvent eux et elles aussi être trans. C'est le cas par exemple de Marci Bowers, gynécologue et chirurgienne trans renommée opérant des personnes trans aux Etats-Unis, présidente de la WPATH ; de Madeline Deutsch, médecin trans à San Francisco, coordinatrice des très robustes recommandations de prise en charge médicale des personnes trans de la UCSF ; d'Asa Radix, infectiologue trans auprès des communautés trans de New York, membre du comité scientifique élaborateur des recommandations de prise en charge des PVVIH du Département de la Santé des USA ; ou de Petra de Sutter, professeur de gynécologie trans, qui avant de devenir Vice-Première Ministre de Belgique, était cheffe du service de biologie de la reproduction du CHU de Gand, favorisant l'accès aux PMA notamment pour les personnes trans. En France, dans les années 1980, Camille Cabral, médecin trans, participa à la structuration⁴ de l'accompagnement vers le système de santé des femmes trans migrantes travailleuses du sexe, en pleine explosion de l'épidémie de SIDA. De son activisme sont issues des associations de santé communautaire trans de lutte contre le SIDA, comme le PASTT et Acceptess-T. Ce manque de connaissances historiques par rapport au champ critiqué (la santé trans), amène Nicole Athéa à faire une importante erreur de positionnement : elle n'a pas considéré que des "médecins de trans" puissent être trans eux-mêmes - ou même LGBT - et demeurer d'excellents professionnels. Se faisant, elle heurte et l'histoire de la santé trans, et les professionnels de santé LGBTI+ présents dans cette liste mail.

Cette présomption d'incompatibilité entre professionnels de la santé trans et personnes trans est également la source d'une incompréhension majeure de ce que sont les associations de personnes trans : non seulement nous sommes, en effet, « militantes », c'est-à-dire que nous défendons les droits humains des personnes trans, et plus spécifiquement dans le cas discuté, leurs droits en tant qu'usagers et usagères du système de santé ; mais nous sommes également des actrices de santé à part entière, et devrions-nous rajouter : nous sommes les premiers actrices de notre propre santé, tant historiquement que par l'importance de nos actions.

⁴ Podcast, le Feuilleté des luttes, Saison 2, Épisode 3 : <https://podcast.ausha.co/la-fievre-annonce/le-feuilleton-des-luttes-saison-2-episode-3-camille-cabral>

Les personnes concernées : premières actrices de leur propre santé

En effet, en matière de santé trans, en France, l'auto-support des personnes trans a toujours précédé l'organisation des soins par les médecins. Avant que la première équipe médicale hospitalière (EMH) se forme en 1979 à l'Hôpital Saint-Louis, avec le soutien du Conseil National de l'Ordre des Médecins, les femmes trans organisaient elles-mêmes leurs soins : auto-médication d'hormones à partir de contraceptifs féminins, auto-financement de chirurgies dans des cliniques privées à 4 millions de francs, comme la célèbre Clinique du Parc de Casablanca du Dr Georges Burou, active dès le milieu des années 1950. Par la suite, l'élaboration du protocole de 1979 des EMH, exclura la plupart des personnes trans en besoin d'hormones et de chirurgies, en raison du triage très restrictif opéré : exclusion de soins des « faux transsexuels », personnes trans avec co-occurrences de handicaps psychosociaux, exclusion des soins des personnes trans séropositives, travailleuses du sexe, migrantes, homosexuelles ou bisexuelles. Ces exclusions de soins, estimées avec fierté à 80% des demandes par le Dr Banzet, entraîneront, pour de nombreuses personnes rejetées, la nécessité de financer par le travail du sexe leurs chirurgies. Se faisant, les exclusions du système de soins feront le lit de l'épidémie du SIDA dans les années 1980, anéantissant une grande partie de notre population.

Les exclusions du système de soins entraîneront la nécessité pour les personnes trans rejetées, de s'organiser. Les salles d'attente des EMH seront un lieu de rencontre des personnes trans isolées, et de développement d'une solidarité communautaire, puis de la *pair-aidance en santé mentale* : c'est dans la salle d'attente psychiatrique du Dr. Jacques Breton que se rencontreront pour la première fois⁵ les fondateurs et fondatrices des premières organisations trans, comme l'Association Syndrome Benjamin et le Caritig, fondées pour améliorer l'accompagnement des personnes dans leurs parcours de transition, et sur les principes du mouvement contre le psycho-carcéralisme, développé par le Groupe Information Asiles sur le modèle du Groupe d'Informations sur les Prisons. Au même moment, les femmes trans migrantes, travailleuses du sexe, séropositives, *explicitement* exclues des EMH, organiseront au sein du PASTT les premières actions de *médiation-pair en santé sexuelle*, en accompagnant les victimes du SIDA vers le dépistage et la prévention, puis les soins palliatifs, et enfin les antirétroviraux. Le projet du PASTT sera au début hébergé par AIDES, association de lutte contre le SIDA fondée par Daniel Defert en 1984, après le décès de son compagnon Michel Foucault, sur l'expérience accumulée au sein du Groupe d'Informations sur les Prisons.⁶

Toutes ces organisations de personnes concernées ont co-construit, avec les soignants, les mouvements de lutte contre le SIDA et de lutte contre l'Asile ; et sont co-fondatrices avec les mouvements anti-validistes, du concept de **démocratie sanitaire** : aucun système de soins ne saurait être organisé sans la participation active des personnes concernées (« *Nothing about us without us* »). Cette conception de la santé est au cœur de l'argumentaire de la Haute Autorité de Santé pour « soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les

⁵ Karine Espineira, *Transidentité : de la théorie à la politique. Une métamorphose culturelle entre pragmatisme et transcendance* (2011) <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-4-page-279.htm>

⁶ Podcast le Feuilleton des Luttés, Épisode 5 : <https://podcast.ausha.co/la-fievre-annonce/le-feuilleton-des-luttés-episode-5-daniel-defert>

secteurs social, médico-social et sanitaire » (Juillet 2020)⁷. De fait, l'inclusion des personnes concernées dans les systèmes de soins n'est pas une exception aux règles, contrairement à ce qu'en pense Nicole Athéa : les personnes concernées *doivent* être au centre de la construction des soins, et cette inclusion au cœur des soins est la norme édictée par la plus haute instance de gouvernance de la santé en France, ainsi que par le Ministère de la Santé et les Agences Régionales de Santé. Comment, dès lors, organiser cette inclusion ?

L'organisation effective de RCP incluant les personnes concernées

Nous partons du présupposé inverse de celui de Nicole Athéa - selon lequel les personnes concernées n'ont pas leur place dans les RCP – pour affirmer le contraire : aucune RCP n'est légitime sans les organisations de personnes concernées. On l'a vu, et c'est le positionnement de la HAS : rien ne peut être fait sans impliquer à tous les niveaux organisationnels des soins les personnes concernées par ceux-ci. Il en résulte le bienfait que Nicole Athéa trouve pourtant malsain : les projets d'organisation de soins ont plus de chances d'obtenir des financements publics lorsqu'ils sont co-construits avec les organisations de personnes concernées.

Une fois assumée cette conviction selon laquelle l'engagement des patients dans leurs soins est une condition nécessaire à l'amélioration de leur santé, reste à définir les modalités de leur participation dans les RCP permettant la protection du secret médical et de leur vie privée.

Tout d'abord il convient de rappeler que les associations de personnes trans sont les premières à défendre la vie privée des personnes trans, qui inclut le secret médical. Lorsque Sébastien Machefaux, psychiatre de la SoFECT⁸, imposait des questionnaires de six pages à ses patients, investiguant notamment leur orientation sexuelle, leur religion et leur ethnicité, c'est une association trans, OUtans, qui a saisi la CNIL⁹ et l'Ordre des Médecins¹⁰ pour faire cesser cette intrusivité abusive des soignants dans la vie privée de leurs patients. Lorsqu'une séance de RCP de la SoFECT de Lyon a été diffusée à la télévision¹¹, expliquant par le détail comment ce sont les caractéristiques esthétiques d'une personne qui conditionnent ou non son accès aux soins, ce sont là encore les associations qui sont montées au créneau pour rappeler aux médecins que les soins sont dûs à tous. Cet extrait de la RCP de Lyon est par ailleurs illustratif de tous les travers d'une réunion n'incluant que des médecins : genrage systématique de la patiente au masculin, critères esthétiques discriminatoires, critères d'âge non-fondés sur les preuves et discriminatoires, volatilité des critères de sélection, etc.

⁷ Haute Autorité de Santé : "Il est recommandé d'encourager et de soutenir les différentes formes d'engagement des personnes au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou ceux de leurs pairs et pour la qualité des soins et des accompagnements : (1) Au sein des activités de soins ou d'accompagnement personnalisé ; (2) Au sein des structures et du pilotage des projets ; (3) Au sein de la formation des professionnels de santé et du travail social ; (4) Au sein des activités de recherche et de conception d'innovation" : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/has_49_argumentaire_engagement_usagers.pdf

⁸ Société savante spécialisée dans la prise en charge des personnes trans, également nommée FPATH ou Trans-Santé : <https://fr.wikipedia.org/wiki/FPATH>

⁹ <https://outrans.org/2018/09/21/sofect-cnill/>

¹⁰ <https://outrans.org/2018/09/27/ordre-medecins-sofect/>

¹¹ Accessible ici : <https://vimeo.com/272732115>

L'impératif pour nous, associations trans, n'est donc pas de protéger les patients d'une violation du secret médical par les associations trans, mais de les protéger de toute violation de leurs droits et du secret médical, y compris par les professionnels de santé. Nous proposons ainsi plusieurs axes d'amélioration de la santé trans :

- **La recherche systématique du consentement libre et éclairé du patient.**

Les RCP ne doivent pas être imposées aux patients. Elles ont pour but de collecter des avis et d'améliorer l'information médicale du patient, décideur final sur ses options médicales, et à ce titre, doivent pouvoir être refusées par celui-ci. La loi prévoit d'ailleurs que toute personne a le droit de refuser la collecte et le partage de ses données - mêmes anonymisées - avec des tiers, que ces tiers soient professionnels de santé ou pas.¹² L'expérience modèle des RCP en oncologie confirme ce droit : le refus du patient de partager ses données ne fait pas obstacle à son droit de bénéficier de soins.¹³

Suivant la même logique, les RCP ayant pour but d'améliorer l'information médicale du patient, ce dernier doit pouvoir participer aux RCP le concernant, afin d'obtenir l'information la plus complète sur son dossier, et tant que sa participation aux RCP n'affecte pas le droit à la vie privée des autres patients dont les dossiers sont présentés.

De ce point de vue, la présence d'associations de patients peut permettre de faciliter l'inclusion du patient dans le dispositif des RCP. Le Code de Santé Publique ne s'oppose pas à la présence des patients dans les RCP, et **son consentement** à ce que des associations de patients soient présentes **est une condition suffisante pour leur inclusion** ([Article L1110-12 alinéa 2 du Code de Santé Publique](#), alinea 2, sur la définition de « l'équipe de soins »).

- **Les informations à caractère personnel échangées dans l'équipe de soins doivent être utiles aux patients.**

Seules peuvent être partagées au sein de l'équipe de soins les informations concernant le patient « strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. » ([Article L1110-4 du Code de Santé Publique](#)).

Toute RCP, qu'elle intègre ou non les patients ou leurs représentants, doit respecter la loi et ses décrets d'application, et plus particulièrement l'arrêté du 25 Novembre 2016¹⁴ fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins. L'arrêté confirme ce que la loi définit et

¹² RGPD, article 6 : "Le traitement n'est licite que si, et dans la mesure où [...] la personne concernée a consenti au traitement de ses données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités spécifiques" ; article 21 : "La personne concernée a le droit de s'opposer à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel la concernant".

¹³ Réseau Régional de Cancérologie d'Île-de-France, "Charte de bonnes pratiques des RCP par appareil", 2021 : "Chaque médecin demandant le passage d'un dossier de l'un de ses patients en RCP, s'engage à informer préalablement le patient sur l'objectif de la RCP et le partage des données. Le refus par le patient du passage de son dossier en RCP est obligatoirement tracé dans le dossier médical pour justifier l'absence de discussion.", page 4.

¹⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=-Yq_2kBSj9MUM8xLsZkSeK7ZZ_SnyxNNSb_7KbhDTxo=

que Nicole Athéa ignore : les professionnels de santé ne sont pas les seuls membres autorisés d'une équipe de soins, ils n'ont pas besoin d'appartenir au même établissement de santé. Les associations de patients peuvent donc les intégrer, conformément aux recommandations de la HAS. En tant que professionnels de santé (*médiateurs-pairs* en santé sexuelle, *pairs-aidants* en santé mentale, parfois psychologues, infirmiers et médecins), et professionnels de l'action sociale (intervenants sociaux, médiateurs juridiques et administratifs), les associations trans et leurs salariés/bénévoles, peuvent bénéficier du partage du secret médical, dans l'intérêt sanitaire et social du patient, et avec le consentement de celui-ci.

Les associations de personnes trans, en tant que *patients-experts*, et détenteurs de *savoirs expérientiels* et d'une subjectivité propre et partagée avec les autres patients, offrent par ailleurs une perspective unique dans le processus de *décision médicale partagée* : elles permettent de mieux apprécier la valence des effets attendus - positifs ou négatifs - d'un traitement, ainsi que de mieux éliciter les préférences vis-à-vis du risque et de l'incertitude concernant ces effets.

L'argumentaire de la HAS évoque explicitement sa faveur pour l'inclusion des personnes concernées dans les RCP : "les médiateurs santé pairs (MSP) interviennent dans les services avec, par exemple, pour objectif d'interroger les postures, parfois stigmatisantes, des équipes soignantes et des étudiants en formation. **Leur participation à des réunions d'équipe peut permettre de porter un regard différent, donc complémentaire** de celui des professionnels sur la situation du patient."¹⁵

C'est d'ailleurs pour ces raisons que le GRADE¹⁶, protocole de gradation de preuves médicales et de construction de recommandations, utilisé par l'OMS, encourage l'implication des personnes concernées dans l'évaluation¹⁷, forcément subjective, de la balance bénéfices-risques des options de soins.

Il nous apparaît dans l'intérêt du patient que, non seulement les RCP intègrent ceux-ci ainsi que leurs associations, mais systématisent l'usage de la *pseudonymisation* des données médicales. La numérisation des dossiers médicaux, la multiplicité des canaux de communication de ces dossiers numérisés, les inégalités de compétences dans l'équipe de soins dans la maîtrise des outils de sécurisation des données, justifient toutes que les dossiers médicaux soient pseudonymisés, quand bien même tous les membres de l'équipe de soins, y compris juristes et associations, peuvent bénéficier du partage du secret médical si le patient y consent. Dans les RCP que nous connaissons, les dossiers des patients passés en revue ne font pas mention du nom de famille. Il nous semble utile d'aller plus loin encore dans la protection de la vie privée, en systématisant l'adoption d'un système de *pseudonymisation* dans toutes les RCP¹⁸, tant l'identification des patients avec leur seul prénom demeure encore possible en cas de fuite de données.

¹⁵ Haute Autorité de Santé, 2020, "Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire", page 68

¹⁶ <https://www.gradeworkinggroup.org/>

¹⁷ Guyat et al., "What is 'quality of evidence' and why is it important to clinicians?", the British Medical Journal, 2008: "Because experts, clinicians, and patients may have different values and preferences, input from those affected by the decision—patients or members of the public—may strengthen this process, as long as selection of public representatives avoids conflicts of interest."

¹⁸ <https://www.cnil.fr/fr/lanonymisation-de-donnees-personnelles>

II – La démedicalisation des parcours de transition sociale

Nicole Athéa, nous semble-t-il, commet une deuxième lourde erreur de compréhension et d'analyse dans son texte. En prêtant à l'association trans *C'est Pas Mon Genre!* une volonté de « démedicaliser la transidentité », elle confond l'objectif recherché par cette association et toutes les associations défenseuses des droits des personnes trans de *démedicalisation des parcours de transition sociale* avec un autre objectif, qui n'est pas le nôtre : restreindre l'accès des personnes trans au système de soins.

Pour clarifier les enjeux, il convient de séparer trois notions :

- La dépsychopathologisation des transidentités
- La dépsychiatriation de l'accès au système de soins
- La démedicalisation et déjudiciarisation des parcours de transition sociale

Toutes ces notions font partie des objectifs poursuivis par les associations trans. C'est un combat qui, vous le savez, dure depuis des décennies.

La dépsychopathologisation des transidentités a pu être une première fois, très symboliquement, être actée en France par la réforme Bachelot de 2010, qui a reclassifié le remboursement des soins *trans-affirmatifs* (hormones, chirurgies...) de l'ALD 23 (Affections psychiatriques de longue durée) en ALD 31 (dite « hors-liste »). Surtout, c'est le vote à l'OMS en 2019, avec le soutien de la France, de l'adoption de la CIM-11, qui va pouvoir entraîner une dépsychopathologisation des transidentités à l'échelle globale, en remodelant les critères diagnostiques du « transsexualisme » (F64.0)¹⁹ du champ des « Troubles mentaux et du comportement » à une « incongruence de genre », classée dans les « conditions relatives à la santé sexuelle ». Il y aurait beaucoup à dire sur cette nouvelle classification, mais pour concentrer nos inquiétudes sur un point : nous ne comprenons pas pourquoi « l'incongruence de genre *dans l'enfance* » figurerait dans ces « conditions relatives à la *santé sexuelle* », s'agissant d'enfants pré-pubères²⁰. Il n'y a pas que la dépsychopathologisation des transidentités qui doit être actée, mais aussi leur différenciation du champ de l'activité sexuelle et/ou de l'orientation sexuelle.

La dépsychiatriation de l'accès au système de soins découle de la dépsychopathologisation. Si les personnes trans ne sont plus considérées aujourd'hui comme des *malades mentaux* (DSM-IV et CIM-10), alors l'obligation d'évaluation psychiatrique et de diagnostic différentiel avec d'éventuels troubles psychiatriques apparaît pour ce qu'elle a toujours été : une

¹⁹ <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3963/cim-10fr-2021.pdf>

²⁰ La CIM-11 fait en effet la distinction entre [l'incongruence de genre chez l'enfant](#), pré-pubère, (HA61) de celle [chez l'adolescent et l'adulte](#) (HA60).

maltraitance épistémique et médicale. De surcroît, la résolution des besoins en santé exprimés par les personnes trans ne nécessite plus le recours systématique à un psychiatre pour attester ou non de leur capacité à produire un consentement libre et éclairé.

Concernant les domaines de la santé où l'autonomie de la personne est en question, ce qui est le cas en pédiatrie, il faut néanmoins souligner que le consentement de l'enfant ou de l'adolescent justifie des réflexions éthiques sur l'organisation de l'information médicale partagée et de l'aide à la décision. Une méta-analyse révèle à ce sujet que le **déséquilibre de pouvoir** entre les soignants et les enfants est la principale barrière citée par ces derniers à leur engagement dans les discussions médicales les concernant.²¹ Il nous semble dès lors utile que des moyens soient déployés pour réduire ces déséquilibres, et qu'en plus de l'engagement de la famille, l'engagement communautaire aie son rôle à jouer. En effet, dans une autre méta-analyse, il est apparu que la **participation communautaire** était un levier important d'amélioration de la santé, sous réserve qu'elle ne soit pas elle-même étouffée par une asymétrie de pouvoir avec les professionnels de santé.²²

La démedicalisation des parcours de transition sociale découle également de la dépsychopathologisation, dans le sens où ce sont des psychanalystes et des psychiatres, qui, en France, ont eu une responsabilité historique à la fois dans la psychopathologisation des personnes trans et dans la médicalisation à outrance des transitions *sociales* (libre changement de prénom, de pronoms et de genre à l'état civil et dans la société).

Ce sont des psychiatres comme Jean-Marc Alby ou Jacques Lacan²³, qui ont estimé que les personnes trans ne pouvaient pas accéder aux soins trans-affirmatifs²⁴, mais que la prise en charge psychiatrique et psychanalytique pouvait être recherchée pour supprimer le *syndrome transsexuel* - perçu comme pathologique - malgré l'inefficacité attestée déjà par Lacan de l'approche analytique²⁵, et que nous pouvons catégoriser aujourd'hui dans les *thérapies de conversion*²⁶.

²¹ Boland et al., "[Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: a systematic review](#)", 2019 : "Power imbalance was the most cited relational barrier, and the most frequently cited by children. Power imbalances were described as the systematic exclusion of children from the decision-making conversation or the child feeling too disempowered or intimidated to partner in shared decision-making discussions."

²² Chuah et al., "[Community participation in general health initiatives in high and upper-middle income countries](#)", 2018 : "Our analysis of reported outcomes demonstrates that community participation in general health initiatives can contribute to positive process, social and health outcomes." ; "In papers that reported on interventions that did not yield positive social and health outcomes, power imbalances were described as the underlying reason."

²³ ACTHÉ, "La transphobie psychiatrique et juridique", <https://www.acthe.fr/discriminations/108-la-transphobie-psychiatrique-et-juridique.html>

²⁴ Séminaire de Lacan, "...Ou pire", 1971-1972 : "Le transexualiste ne veut plus être *signifié phallus* par le discours sexuel, qui - je l'énonce - est *impossible*. Il n'a qu'un tort, c'est de vouloir le forcer le discours sexuel...qui en tant qu'*impossible* est le passage du *réel* ...à vouloir le forcer par la chirurgie."

²⁵ "Dr Lacan – On n'arrivera à rien. On n'arrivera à rien. Cela a été fait, ça n'a rien donné. Cela date de la petite enfance. Il est décidé pour cette métamorphose. On ne modifiera rien. [...] Je n'ai pas vu le moindre élément qui me permette d'en espérer *un résultat*." Cité dans "Lacan: Textes divers 1949-1979" http://www.gnipl.fr/Recherche_Lacan/2014/01/27/lacan-textes-divers-1949-1979/

²⁶ Ashley et al., 2021 : "Tenter de décourager l'identité de genre ou la transition d'une personne trans est fortement associé à la suicidalité, soit une augmentation de 227% des tentatives de suicide, et est reconnu comme une forme de thérapie de conversion par l'expert indépendant de l'ONU." <https://ricochet.media/fr/3666/les-jeunes-trans-ont-besoin-de-plus-dacceptation-pas-moins>

La médicalisation des parcours de transition se poursuivra à partir de 1979 avec le protocole des EMH (cf. partie I), où les conditions de triage furent établies sur des critères cis-normatifs et hétéro-sexistes, qui ont conduit beaucoup de personnes trans simplement désireuses d'hormones ou de reconnaissance sociétale du genre affirmé, à devoir certifier qu'elles avaient un besoin absolu d'opérations chirurgicales pourtant indésirées, afin d'entrer dans le cadre de ce que devait être une femme ou un homme pour ces psychanalystes : pour une femme trans, avoir un vagin pour pouvoir être pénétré par un homme ; pour un homme trans, ne pas avoir d'utérus pour ne pas pouvoir porter d'enfant avec un autre homme. De ce cadrage médical très dur, confinant au lavage de cerveau, beaucoup de stérilisations et d'ablations indésirées et donc mutilatrices ont été produites.

La situation ne s'améliora guère en 1992, lorsque des personnes trans ont obtenu une condamnation de la France par la CEDH, pour avoir interdit en 1975 les modifications de sexe à l'état civil²⁷. Cette jurisprudence de 1992 ouvrit la possibilité d'un changement de sexe à l'état civil, mais sous condition d'irréversibilité des modifications corporelles de la personne trans, souvent interprétée comme une condition de stérilisation (vaginoplastie, hystérectomie). Là encore, la reconnaissance sociétale du genre affirmé, et la protection contre les discriminations, offertes par le changement de sexe à l'état civil, étaient conditionnées à une médicalisation et à des stérilisations et interventions mutilantes obtenues par la contrainte judiciaire.

En 2016, la loi Justice 21^e siècle permit enfin de supprimer cette condition d'irréversibilité, et donc, de *démédicalisation des parcours de transition sociale*. Sauf que la formulation floue de la loi et de son décret d'application laisse en pratique aux juges, officiers d'état civil et procureurs, de la latitude pour exiger des preuves médicales, au point de demeurer dangereuse. Cette année, Lilie, une jeune fille trans, s'est vue par exemple conditionner à sa demande de changement de prénom à l'état civil une soumission à des « traitements conduisant à des modifications irréversibles de son état physique »²⁸ : une décision illégale du procureur, et assurément dangereuse et mutilatrice pour une enfant de 8 ans. La *démédicalisation des parcours de transition sociale* demeure donc encore un combat de grande actualité en France.

La question de la sur-médicalisation des parcours de transition sociale s'inscrit donc dans une histoire de coercition à la fois psychiatrique, judiciaire et légale. Nous pouvons rajouter également la coercition socio-culturelle et légale de la binarité de genre : celle-ci exerçant une pression normative pour que les transitions sociales, lorsqu'elles sont désirées et possibles, ne puissent se faire que dans l'espace contraint des projections sexistes du masculin et du féminin. Sans émergence culturelle de représentations non-binaires et *queer* positives, et de souplesse exploratoire des parcours de soins trans-affirmatifs, il devient mécaniquement plus difficile pour les personnes trans de pouvoir ancrer une expression de genre non-conforme à l'un des deux genres. Se faisant, la coercition socio-culturelle et légale de la binarité des genres canalise les besoins d'affirmation de l'identité de genre des personnes trans dans des parcours de soins exigeant davantage d'interventions médicales que si cette coercition

²⁷ Jusqu'en 1975, les femmes trans pouvaient en effet modifier leur sexe à l'Etat Civil. [Ce fut le cas de Coccinelle en 1959](#), défendue en justice par Robert Badinter, puis mariée à un homme en 1961. En 1975, la Cour de Cassation [inventa de toute pièce](#) un *principe d'indisponibilité de l'état des personnes*, pour empêcher toute personne trans de modifier son état civil.

²⁸ <https://twitter.com/AcceptessT/status/1369322075454906368>

n'existait pas. C'est pourquoi la déconstruction des stéréotypes de genre, et l'abolition de la mention de genre à l'état civil, en plus de la levée des restrictions d'accès au système de soins trans-affirmatifs, font partie des pratiques et objectifs trans-féministes historiques poursuivis par les associations de personnes concernées depuis des décennies.

Il convient toutefois de rappeler, puisque cela ne semble pas être d'une évidence frappante pour les éventuels lecteurs approbateurs du texte de Nicole Athéa, pourquoi le plein accès au système de soins trans-affirmatifs demeure un impératif. Au-delà du fait que la pleine *réalisation de soi* devrait pouvoir être facilitée partout là où elle ne cause de tort à autrui, il convient de rappeler simplement que la population trans, à âge constant, est la catégorie socio-démographique la plus à risque suicidaire dans la plupart des pays où des statistiques peuvent être obtenues. Le texte joint par Patrick Landman, « Trans health : diversity, not pathology »²⁹, indique par exemple : « 48% des personnes trans de moins de 26 ans ont déjà tenté de se suicider, et 30% déclarent l'avoir tenté l'année passée, tandis que 59% déclarent l'avoir au moins envisagé. Ceci est à comparer au taux de 6% dans la population du même âge ». Et ce risque suicidaire commence dès l'enfance (38% d'idéations suicidaires chez les enfants & ados³⁰), pour devenir maximal au moment où la personne va consulter pour la première fois pour chercher de l'aide dans un parcours de transition médicale³¹. Il est dès lors littéralement *vital* que l'accompagnement en santé puisse se faire dans les meilleures conditions : tenter de décourager l'identité de genre ou la transition d'une personne trans est fortement associé à la suicidalité, soit une augmentation de 227% des tentatives de suicide³². Et il est également vital, en raison des effets positifs démontrés sur la santé mentale, qu'à partir de la puberté, les adolescents et adultes trans puissent bénéficier de soins trans-affirmatifs s'ils en expriment le besoin (cf. par exemple l'étude de Turban et al., 2020, sur les bienfaits des bloqueurs de puberté³³ ; l'étude de Branstrom & Pachankis, 2020³⁴, ou celle de Almazan et Keuroghlian, 2021, sur les bienfaits des chirurgies trans-affirmatives³⁵). À la question de Nicole Athéa, « la transidentité des enfants est-elle aujourd'hui un problème de santé publique tellement prioritaire ? », nous pouvons affirmer que oui, c'est un problème de santé publique. 38% d'idéations suicidaires chez des enfants & ados qui ne sont pas malades en soi, ce n'est pas rien, et ne pas mettre en place des solutions simples qui existent et ont fait leurs preuves, c'est une maltraitance médicale, une parmi une longue histoire des maltraitances médicales visant les personnes trans.

²⁹ Jules Morgan, op. cit.

³⁰ Holt et al., *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2014
<https://doi.org/10.1177%2F1359104514558431>

³¹ Etude Trans PULSE de Bauer et al., 2015, Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>

³² Ashley et al., 2021 (op. cit.)

³³ Turban et al., *Pediatrics* (2020) <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>

³⁴ Branstrom & Pachankis, *American Journal of Psychiatry* (2020)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31581798/>

³⁵ Almazan & Keuroghlian *Jama Surgery* (2021) <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/2779429>

En guise de conclusion, nous revenons sur le paragraphe final du texte de Nicole Athéa, cité ci-dessous :

« La transidentité est un problème social, que toutes les sociétés ont connu. Elles ont trouvé des solutions sociales qui n'ont jamais été une médicalisation hormone-chirurgicale violente. Des alternatives sociales sont à trouver et certaines associations LGBT militent pour la démedicalisation des trans. Les médecins dont le crédo devrait rester le *primum non nocere* devraient entendre et soutenir de telles initiatives. »

Il n'est pas inintéressant de constater que Nicole Athéa conçoit la transidentité comme un « problème social ». À tout problème social, on le sait, doit pouvoir exister une « solution sociale ». Pour nous, associations de personnes concernées, nous considérons que nous ne sommes pas le problème, mais que la société a un problème avec les personnes trans.

Affirmer, comme Nicole Athéa le fait, que des « solutions » sociales non-médicales ont été trouvées dans toutes les sociétés qui ont fait face à notre « problème », c'est faire l'ignorance - comme l'explique Leslie Feinberg dans *Transgender Warriors* - de l'œuvre de l'Inquisition, qui imposa l'ordre féodal et patriarcal et la sécurisation juridique des propriétés foncières de l'Église, en exécutant des dizaines de milliers de femmes autonomes, d'homosexuels, de personnes trans, de personnes intersexuées, et de toute personne en lutte pour la sauvegarde de croyances païennes héritées matrilineairement d'un ordre ancestral communaliste.

C'est faire l'ignorance de ce que Joni Alizah Cohen appelle l'entreprise de « pureté endocrinologique » du projet eugénique nazi³⁶. Nous considérons en effet que c'est la société allemande des années 1930 qui avait un problème avec les personnes trans, comme avec les homosexuels et les Juifs. Problème que des membres du parti *national-socialiste* ont commencé à *solutionner* en 1933 en menant un raid et un autodafé contre l'Institut de Sexologie de Berlin, fondé par Magnus Hirschfeld, médecin juif homosexuel et militant socialiste, pionnier de la sexologie moderne ; le premier à reconnaître ce qu'il a nommé « transsexualisme » comme une expression saine de la diversité du vivant, le premier à défendre leurs droits, le premier à procéder à une vaginoplastie sur une femme trans, Dora Richter, qu'il employa dans son institut. Laquelle Dora Richter fut partie des personnes certainement victimes du raid nazi de 1933, déportée dans les premiers camps ou exécutée sommairement.³⁷

C'est faire l'ignorance enfin, que les « solutions médicales violentes » au « problème » transidentitaire, ce sont les dizaines d'inductions de coma insulinaire, les dizaines de séances de chocs électriques, la lobotomie et les dix électronarcoses qui ont tué Mme H.³⁸, femme trans soumise à la torture médicale française justifiée scientifiquement par la croyance qu'être

³⁶ Joni Alizah Cohen, L'éradication des « abstractions talmudiques » : l'antisémitisme, la transmisogynie et le projet nazi (2019). <https://www.contretemps.eu/antisemitisme-transmisogynie-nazisme/>

³⁷ Cf. Heike Bauer, The Hirschfeld Archives: violence, death, and modern queer culture (2017), pages 86-87. Accédé depuis : https://www.researchgate.net/publication/316937562_The_Hirschfeld_Archives_violence_death_and_modern_queer_culture

³⁸ Marchand et coll., Annales médico-psychologiques (1952), Examen anatomo-pathologique de l'encéphale d'un dément précoce mort au cours d'une électronarcose 23 mois après une lobotomie. Permalien : <https://bit.ly/3gJXpJz>

trans est un problème, et non une expression de la diversité de l'expérience humaine, égale en droits et en dignité à toute autre.

Les mots sont importants, et Nicole Athéa ne prend pas assez de précautions en nous associant à un « problème » et en considérant les médicalisations hormono-chirurgicales comme des « solutions violentes ».

Malgré ces égarements de langage et de compréhension, nous remercions Nicole Athéa d'avoir participé à cette conversation sur nos existences. Nous la remercions aussi d'avoir adhéré au principe du *primum non nocere*, selon laquelle la vision trans-affirmative portée par les associations trans sur nos existences, est la seule qui mérite de ne plus être débattue.

La Fédération Trans & Intersexes