



HAL
open science

Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers

Alain Giami

► **To cite this version:**

Alain Giami. Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers. L'Information Psychiatrique, 2011, 87, pp.269-277. 10.1684/ipe.2011.0769 . halshs-00592401

HAL Id: halshs-00592401

<https://shs.hal.science/halshs-00592401>

Submitted on 13 May 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Article accepté pour publication dans :

L'Information psychiatrique 2011 ; X : 1–9

Numéro thématique : TROUBLES LIÉS AU GENRE

Auteur : Alain Giami

Titre : Identifier et classier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers.

Résumé : Cet article analyse les processus de révision des catégories diagnostiques de "troubles de l'identité de genre" (DSM IV-R) et de transsexualisme (CIM 10) en prenant en compte la critique formulée dans le registre des Droits de l'Homme concernant la stigmatisation des personnes trans, certaines des critiques formulées par des associations trans en France et les premiers résultats d'une enquête de l'Inserm sur l'identité de genre parmi la population trans. Ces analyses font apparaître un consensus général pour abandonner le terme de "troubles de l'identité de genre" au profit d'un autre terme qui permette de maintenir les conditions trans comme une forme de pathologie qui doit être médicalisée d'une façon ou d'une autre. Une possibilité de maintenir une catégorie trans dans le champ de la CIM, dans une rubrique non-psychiatrique est proposée. Les discussions font apparaître une controverse entre les termes de *gender variance* et de *gender dysphoria*. Par ailleurs, les débats en cours dépassent le champ de la psychiatrie avec la nécessité de garantir et de développer les droits humains des personnes trans et celle de garantir l'accès aux soins médicaux et leur prise en charge par les systèmes d'assurance-maladie. L'analyse de la révision des diagnostics trans met en lumière les contradictions associées à la médicalisation de expressions de genre et la protection des droits humains.

Mots clé : Troubles de l'identité de genre, transsexualisme, catégories médicales, sociologie

Title : Identification and classification of transgender individuals : between psychiatry, epidemiology and consumers organisations

Abstract : This paper offers a discussion of the current revision of the "Gender identity disorder" (DSM IV-R) and Transsexual (ICD 10) categories. It takes into account the critiques of stigmatization elaborated in the field of human rights, some of the arguments elaborated by a transgender NGO, and the preliminary results of a survey carried in France about transgender health and identities (Inserm). A general consensus appears about the withdrawal of the GID diagnosis category in favor of a category that would allow maintaining transgender conditions in the area of pathology and medicalization. The possibility to maintain a Trans category in the ICD, in a non-psychiatric category is proposed. A controversy between the use of terms such as "gender variance" and "gender incongruence" appears in the field. Ongoing discussions fall out of the field of psychiatry and public health and take into account arguments from the field of human rights and against discrimination and also from the field of public health and access to medical services in order to maintain coverage of transgender conditions in existing insurance and social security systems. The analysis sheds light on the contradictions arising between the medicalization of transgender conditions and the necessity of protection of human rights.

Key words: Gender Identity Disorders, Transsexualism, medical categories, sociology

" Qu'est -ce que c'est un homosessuel ? demanda Zazie.
C'est un homme qui met des bloudjinnzes, dit doucement Marceline. "
Raymond Queneau. *Zazie dans le métro, Paris, Gallimard, 1959, p. 87*

"Les catégories psychologiques sont devenues des catégories politiques"
Herbert Marcuse. *Préface à Eros et civilisation, 1955*

Posture

Ce texte a pour objet l'analyse du processus de révision des classifications nosographiques du "transsexualisme" et des "troubles de l'identité de genre". Cette analyse est inspirée des travaux de Michel Foucault en référence à l'archéologie et la généalogie des savoirs [1] et des concepts de Bruno Latour dans la mesure où l'on essaie de sortir de l'asymétrie conceptuelle entre les différents registres de définition [2]. Le parti-pris méthodologique et épistémologique consiste ici à mettre sur le même plan (symétrie) les notions savantes et les notions qui expriment le "point de vue du patient" ou celui de "l'usager" – points de vue qui ont gagné leurs galons de respectabilité depuis une vingtaine d'années [3, 4]. Cette approche s'inscrit aussi dans la perspective de différents travaux menés par l'auteur sur les constructions savantes et épidémiologiques de la sexualité, des troubles sexuels et du handicap [5-7].

On ne dissocie pas ici les classifications savantes des classifications profanes et l'on n'attribue à aucune d'entre elles une prééminence sur l'autre, même si au final ce sont les classifications institutionnelles qui auront force de loi. On cherchera plutôt à comprendre comment différents ingrédients sont intégrés pour construire les catégories savantes et comment les propres catégories élaborées par les usagers et leurs représentants peuvent apporter à la réflexion sur la construction de nouvelles catégories. Ce point de vue est fondé sur le constat sur lequel ces concepts s'inscrivent dans une histoire qui voit leur apparition, leur apogée et leur déclin [8]. Les concepts sont utilisés dans la vie courante et dans la pratique médicale ou militante, indépendamment de leur trajectoire y compris lorsqu'ils sont considérés comme obsolètes. Ils expriment ainsi les points de vue de ceux qui les emploient et leurs prises de position dans le champ. Ainsi le choix des termes de "transsexuel" ou de "transgenre", de "troubles de l'identité de genre", de *gender dysphoria* ou de *gender variance* constitue t'il un des marqueurs de

positions spécifiques occupées dans le champ. Les choses sont par ailleurs plus compliquées dans la mesure où chacun de ces termes peut aussi être utilisé comme un terme générique pour recouvrir l'ensemble du champ et de la diversité des identités trans. Il en est de même, avec le fait de désigner les personnes trans par le sexe attribué à la naissance ou par leur genre souhaité et revendiqué. Tenir compte du "point de vue des usagers" tient aussi à ces choses-là et, par ailleurs, les points de vue des usagers sont parfois divergents ou même contradictoires.

Cette approche permet ainsi de remettre en perspective la "médicalisation des migrations de genre" observée par le sociologue allemand Hirschauer et qui constitue l'une des principales réponses sociales contemporaines aux phénomènes et aux situations d'expression de genre : "les conflits culturels concernant la légitimité des revendications des migrations de genre ont été transformées en des controverses théoriques sur les classifications nosographiques : quand la transsexualité a été désignée comme une maladie psychotique, une neuroendocrinopathie, un syndrome borderline, ou un mécanisme de défense créatif. Toutes ces classifications théoriques impliquent une position politique dans l'un des camps de ce conflit social" [9]. La médicalisation n'est cependant pas le seul registre d'analyse des questions trans. Les questions juridiques qui sont plus ou moins associées aux questions médicales sont aussi posées et en relation aux systèmes judiciaires des différentes cultures. L'abord juridique de ces questions permet ainsi de sortir plus facilement de l'universalisme dominant de la médicalisation [10]

Si la question des classifications s'inscrit de plain-pied dans la perspective de la médicalisation, nous avons tenté d'ouvrir ce débat aux autres dimensions qui ont émergé au cours des dernières années, à savoir les revendications identitaires collectives, les expressions subjectives et la perspective des Droits de l'Homme. En ce sens, il ne s'agit pas d'une simple discussion du débat médical et psychiatrique sur les transsexualismes mais plutôt d'une réflexion sur les modes de désignation et de classification des situations d'expression des identités de genre à l'articulation entre différents registres conceptuels.

Objectif de cette étude

Il est proposé d'analyser le processus de révision du DSM 4TR de l'*American Psychiatric Association* (APA) afin de mieux comprendre les formes de la médicalisation du transsexualisme, c'est-à-dire la façon dont les phénomènes de genre ont été définis et traités dans le contexte

médical et psychiatrique international. Cette analyse est poursuivie avec une mise en parallèle de différents registres de désignation des personnes trans, et notamment des modes de désignation juridiques, des formes de désignation proposées par certaines associations de trans. Enfin, les formes d'auto-désignations élaborées par les répondants d'une enquête en cours sur les identités et les pratiques trans en France ont été insérées dans cette réflexion.

La présentation de cet ensemble de catégorisations devrait permettre de tenter de mieux répondre à l'une des questions posées par les experts de l'OMS qui consiste dans la nécessaire prise en compte du "point de vue des usagers" en vue de la construction d'une classification visant à remplacer la CIM 10. Le point de vue des usagers ne peut être considéré uniquement comme un point de vue "subjectif" et de "sens commun" même s'il s'agit d'un point de vue "profane", c'est à dire qui n'est pas élaboré d'un point de vue médical. Ce point de vue présente des caractéristiques qui en font un discours d'expertise [11] dans la mesure où il est relayé par des élaborations collectives qui sont elles-mêmes relayées par le discours des Droits de l'Homme. Ainsi la prise en compte du point de vue des usagers doit-elle nécessairement prendre en compte la perspective des Droits de l'Homme. Or, la prise en compte de ce point de vue pose d'emblée une première question fondamentale dans la mesure où dans le registre des Droits de l'Homme [12, 13], il est considéré que les catégories psychiatriques utilisées actuellement constituent des obstacles à la pleine réalisation des Droits de l'Homme par les personnes trans. Ceci à double titre dans la mesure où elles contribuent et renforcent les discriminations sociales dont sont victimes ces personnes et où elles imposent des modes d'accès aux soins sous forme de "protocoles" aux personnes souhaitant effectuer une transition de genre en restreignant le choix de la démarche et du praticien. Par ailleurs, les discriminations sociales dont sont victimes les personnes trans sont considérées comme à l'origine de troubles mentaux chez certaines personnes trans particulièrement vulnérables [11].

La démarche de travail proposée par l'OMS apparaît donc fondée sur une importante contradiction politique entre d'une part, les nécessités de développer une classification des maladies afin de pouvoir mesurer et évaluer la morbidité et la mortalité à l'échelle mondiale, telles qu'elles ont définies dans la définition des objectifs de la CIM et d'autre part, le projet de

ne pas stigmatiser les personnes, de protéger leurs droits et de favoriser la pleine réalisation de ceux-ci.

La CIM est le standard global qui permet de catégoriser les maladies, les problèmes liés à la santé et les causes extérieures des maladies et de blessures afin de produire des informations sanitaires utiles concernant les morts, les maladies et les blessures (mortalité et morbidité). La construction de la CIM a un impact direct sur les soins. Elle influence les programmes de santé publique, la prévention, les remboursements et les traitements. De nombreux pays utilisent la CIM pour produire des statistiques de santé et pour contrôler les dépenses de santé (<http://www.who.int/classifications/icd/ICDRevision/en/index.html>).

Par ailleurs, la discussion sur ces catégories est fortement influencée par la question de l'accès aux soins et de leur prise en charge financière par les systèmes d'assurance maladie publics et/ou privés. En France, le ministère de la Santé a adopté une nouvelle réglementation considérée comme une forme de "dé-psychiatisation du transsexualisme" en supprimant les "troubles précoces de l'identité de genre" des critères "permettant l'admission au titre d'une affection psychiatrique de longue durée" (la côte 23 de la prise en charge ALD (Assurance-maladie)). Cependant, le même document recommande le maintien du codage de cette pathologie en référence à la CIM 10 sous la côte F 64 – Transsexualisme. Ce processus de dé-psychiatisation n'est donc pas exempt de contradictions.

Epidémiologie et difficultés de comptage

La diversité des phénomènes de variations de genre a été bien décrite par le Commissaire Européen aux Droits de l'Homme et elle fait apparaître toute la difficulté à procéder à des comptages et des évaluations des populations trans [11].

Dans une revue récente de la littérature épidémiologique sur les "troubles de l'identité de genre", Zucker et Lawrence ont mis en lumière la difficulté d'établir des critères de comptage des populations trans, rien qu'à partir de la prise en compte de critères médicaux. Différents critères peuvent être pris en compte séparément ou conjointement : le diagnostic de transsexualisme, le diagnostic de troubles de l'identité de genre, le fait de bénéficier d'une thérapie hormonale, d'être en attente ou d'avoir bénéficié d'une chirurgie de réassignation de sexe, ou enfin d'avoir obtenu le changement d'état-civil. Selon une étude réalisée par l'*American Psychiatric Association* (APA) en 1994 (citée par Zucker et Lawrence), la prévalence

des troubles de l'identité de genre serait de 1/30.000 pour les MTF et 1/100.000 pour les FTM. Des données européennes établies aux Pays-Bas ou en Belgique situeraient cette prévalence à 1/10.000 pour les MtF et 1/30.000 pour les FtM [14, 15]. Les auteurs observent que quel que soit les critères retenus on retrouve une constante dans le sex – ratio en fonction du sexe assigné à la naissance qui serait de l'ordre de un pour trois [16]. La rapport de la Haute Autorité de santé situe cette prévalence entre 1/10 000 et 1/50 000 sans faire de différence selon le sexe attribué à la naissance [17]. Les données statistiques apparaissent ainsi fondées principalement sur des critères médicaux et de santé publique et la diversité des expressions de genre non-médicalisées ou non entièrement dépendantes des systèmes d'accès aux soins officiels n'est pas prise en compte dans leur élaboration.

Facteurs de risque pour le VIH

L'étude des facteurs de risque infection à VIH a aussi fait l'objet de nombreux travaux fondés sur l'idée selon laquelle le fait d'appartenir à la communauté "transgenre" constitue un facteur de risque pour l'infection à VIH en soi. Cette hypothèse se trouve vérifiée dans deux études réalisées en France avec deux approches différentes (Internet et boule de neige) dans lesquelles environ 4% des répondants ont déclaré être séropositifs [18, 19]. Cette hypothèse est cependant nuancée dans d'autres études américaines qui font apparaître que les taux de séropositivité des transgenres sont associés à d'autres facteurs tels que l'appartenance minoritaire, la migration et la précarité et l'expérience du travail sexuel qui accroissent la vulnérabilité de ce groupe jusqu'à plus de 50% [20-22]. Ces différentes données font apparaître que les populations trans sont globalement plus à risque d'infection à VIH, mais que à l'intérieur de cette population, le travail sexuel, l'appartenance minoritaire, la précarité mais aussi l'état civil à la naissance constituent des facteurs de risque extrêmement forts. Les MtF sont globalement plus exposées à ce risque que les FtM. Il importe donc de distinguer, à l'intérieur de la population trans les différents sous-groupes et les risques auxquels ils sont exposés. Le sexe et l'état-civil assignés à la naissance restent l'un des premiers indicateurs de différenciation à prendre en compte [22].

La révision des classifications nosographiques : DSM IV-TR / DSM V

Le processus de révision de la nosographie des troubles de l'identité de genre (DSM 4TR) et du transsexualisme (CIM 10) a déjà donné lieu à un certain nombre de publications dont les plus importantes sont regroupées dans un numéro spécial des *Archives of Sexual Behavior*, coordonné par son rédacteur en chef Kenneth Zucker qui est en même temps le responsable du groupe de travail mise en place par l'APA pour la révision des "*Gender and sexual disorders*" [23] et qui participe aussi à la *Task Force* mise en place par l'*American Psychological Association* [24]. Le *International Journal of Transgenderism*, la revue officielle de la WPATH, a aussi fait paraître un numéro spécial qui présente les travaux des différents groupes de travail qui ont été mis en place ainsi que les recommandations émises par cette association [25]. La lecture de cet ensemble de documents fait apparaître les principaux problèmes soulevés par la révision des classifications dans le cadre médical et psychiatrique.

Critiques du DSM IV-TR

Concernant le DSM IV-TR, la discussion porte tout d'abord sur le fait de savoir si les phénomènes de variation des expressions de genre doivent continuer à figurer dans la nosographie psychiatrique ou bien en être exclus, à l'instar de ce qui s'était produit avec l'homosexualité en 1973 [26]. Une deuxième question découle de celle-ci : si l'on considère qu'il s'agit de troubles et qu'on les maintient dans la nosographie, va t'on les maintenir parmi les troubles psychiatriques et les troubles sexuels ou bien les inclure dans une autre catégorie existante ou à créer de troubles ou d'affections médicales et non-psychiatriques. L'idée d'exclure les troubles de l'identité de genre du cadre du DSM (psychiatrique) et de les maintenir dans la CIM de l'OMS, dans une catégorie non-psychiatrique est aussi avancée par certains comme une façon de maintenir la médicalisation tout en dé-psychiatrisant la catégorie. Si l'on maintient les TIG dans la nosographie, les questions suivantes se posent concernant (1) la définition différentielle du "trouble" et de sa distinction par rapport à des formes d'expressions des variations de genre (*gender variance*) pouvant être considérées comme non-pathologiques, (2) la précision du diagnostic par rapport à d'autres conduites voisines ou associées telles le transvestisme fétichiste ou les états intersexués, (3) la prise de conscience des conséquences de

la stigmatisation sur les individus et (4) la recherche du concept le plus approprié et le moins stigmatisant pour définir cette condition et faire bénéficier les personnes de l'accès aux soins.

Sur toutes ces questions, il n'y a pas de consensus suffisant au sein des organisations impliquées et entre les différents groupes et organisations travaillant sur ces questions. Par contre, il y aurait un consensus sur le fait "qu'aucun trouble psychologique ne doit être stigmatisé ni utilisé comme base de discrimination" [27], énoncé qui reste sous-tendu par l'idée qu'il s'agit d'un trouble psychologique.

Cohen-Kettenis et Pfafflin, les deux responsables de la révision des TIG dans le groupe de travail du DSM IV-TR, formulent quelques critiques sur les limitations et les problèmes posés par cette classification. Il y aurait tout d'abord un risque de confusion entre le fait d'établir un diagnostic et sa finalité utilitaire (autoriser les traitements hormonaux et chirurgicaux); il y aurait une tendance à réduire le diagnostic de TIG à sa fonction de certificat médico-légal. Ils observent une incapacité des critères existants à saisir l'ensemble des phénomènes qui composent la diversité des expressions de genre (*gender variance*) et notamment d'en distinguer les formes pathologiques et non pathologiques. Il existerait un risque potentiel de se livrer à des examens invasifs, associé à l'établissement d'un diagnostic différentiel par rapport aux états intersexués. Par ailleurs, ces mêmes auteurs notent que le critère D (*Distress & Impairment*) - qui est une des bases du diagnostic du DSM IV - peut poser des problèmes dans la mesure où tous les candidats au "changement de sexe" ne présentent pas ce sentiment de détresse ou d'inconfort et fonctionneraient plutôt "bien" au plan psychologique. Enfin, ils remarquent que le diagnostic continue à s'appliquer à ceux/celles qui ont déjà bénéficié de traitements hormonaux ou chirurgicaux avec succès et qu'ainsi la stigmatisation sociale associée à ce diagnostic ne disparaît jamais [28].

Gender Dysphoria

Sur la base de ces constats, Cohen-Kettenis et Pfafflin proposent de retenir le terme de "Gender dysphoria". "Ce terme devrait ainsi permettre : (1) d'exprimer clairement le cœur du problème : un malaise envers ses propres caractéristiques de sexe et de genre assigné et ne pas être applicable aux individus "gender variant" qui ne ressentent pas ce malaise (distress) ; (2) comporter des dimensions : il devrait être possible d'identifier des formes plus ou moins

complètes de cette maladie (condition); (3) autoriser des fluctuations i.e., c'est à dire accroissement ou diminution de la condition au cours du temps; (4) être acceptable et non-stigmatisant pour ceux qui remplissent les critères du diagnostic" (Cohen-Kettenis, Pfafflin, 2010)

Gender Incongruence

Le terme de *Gender Dysphoria* ne fait cependant pas l'unanimité et ne serait pas retenu actuellement par les instances de l'APA, en remplacement du terme de *Gender Identity Disorder*. Un autre membre influent de la *Task Force* de l'APA, H. Meyer-Bahlburg propose pour sa part le terme de *Gender Incongruence* retenu pour l'instant pour l'APA.

"Il est proposé de remplacer le terme de GID par celui de *Gender Incongruence* (GI) parce qu'il est plus descriptif et qu'il reflète le cœur du problème: une incongruence entre d'un côté l'identité que chacun ressent et de l'autre la façon dont chacun est supposé vivre en fonction du genre assigné habituellement à la naissance. Dans une récente étude réalisée auprès des organisations de consommateurs transgenres, de nombreux individus ont clairement exprimé leur rejet du terme de GID car dans leur opinion il contribue à la stigmatisation de leur condition". (Meyer-Bahlburg, 2010).

Le terme de *Gender Incongruence* permettrait ainsi d'embrasser toutes les formes d'expression de l'identité de genre sans établir *a priori* de hiérarchie ni d'opposition entre celles-ci. La *Gender Incongruence* représenterait ainsi une forme générale de décalage entre le sexe assigné à la naissance et l'identité que chacun ressent dans sa vie quotidienne. Cette notion aurait pour effet d'aplanir les questions du *distress* et du malaise. Mais dans un énoncé ultérieur, le même auteur fait apparaître toute la complexité des migrations entre la pathologisation et la psychiatrisation des TIG, dans la perspective d'une "dépsychiatisation" qui permettrait toutefois de maintenir la fourniture et l'accès aux soins, y compris aux soins de santé mentale nécessaires aux personnes trans.

"Le terme de *Gender Incongruence* permettrait de prendre en compte le statut inhabituel de la maladie des TIG, située entre la médecine psychiatrique, la psychiatrie et les affections psychiatriques, avec le besoin d'assumer les services médicaux et de santé mentale spécialisée tout en ne le catégorisant pas comme une affection psychiatrique en soi" (Meyer-Bahlburg, 2010).

Une dépsychiatrisation de la Gender Dysphoria : la position de la WPATH

La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) - une association de professionnels de santé spécialisés dans l'accueil, les soins et l'accompagnement des personnes trans - a élaboré une position qui alimente la controverse sur l'emploi des termes de *Gender Dysphoria* et de *Gender Incongruence*. La WPATH souscrit cependant au consensus qui vise à abandonner le terme de *Gender Identity Disorder* et propose d'utiliser le terme de *Gender Dysphoria* plutôt que celui de *Gender Incongruence* proposé par le groupe de travail de l'APA.

"Le groupe de travail de la WPATH a considéré que les phénomènes de *Gender Variance* ne sont pas des signes d'une pathologie et qu'avoir une identité de *cross* ou de *trans-genre* ne constitue en rien une maladie psychiatrique. Cependant, les troubles associés à l'expression de genre résident dans des formes de détresse – et non pas dans une identité – ainsi que dans les conséquences psychiatriques de cette détresse" (p. 116) [29].

La WPATH propose de dépathologiser les "troubles de l'identité de genre" en tant que tels et relocalise les troubles non plus dans le fait d'avoir une *Gender Dysphoria* mais dans les phénomènes de détresse qui y sont associés et dans les conséquences psychiatriques causées par cette détresse. Cette position sous-entend que les troubles psychiatriques associés à la diversité des expressions de genre sont liés à la stigmatisation et l'exclusion sociale dont sont victimes les trans et que la survenue de ces troubles justifie à elle seule leur prise en charge médicale et éventuellement psychiatrique. La WPATH propose enfin d'inclure ce nouveau diagnostic dans une catégorie d'"affection psychiatrique associée à une maladie".

"Une majorité (mais pas tous les participants du groupe de travail) considèrent qu'un diagnostic relatif aux troubles de l'identité de genre devrait rester dans le DSM. De nombreux participants ont plaidé pour des changements de nom, de critère de diagnostic et de positionnement dans la nomenclature du DSM". On propose le terme de "Gender Dysphoria", et le principal critère de diagnostic doit être fondé sur la détresse (distress). Ce terme devrait être situé en dehors du chapitre des troubles sexuels et si possible dans la classe des troubles psychiatriques associés à une maladie" (p. 115) [29].

Quelles questions pour le changement de diagnostic ?

Les différents constats et propositions qui viennent d'être présentés émanent de groupes professionnels impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes trans et confrontés à l'évolution des mœurs et des idées concernant les phénomènes et les identités trans et à la transformation de ce qui est encore considéré par certains comme une pathologie

psychiatrique en identité sociale et en communauté revendiquant l'application des Droits de l'Homme. Dans cette perspective, on peut observer un consensus concernant l'abandon du terme de Troubles de l'identité de genre dans le DSM et la prise de conscience selon laquelle le maintien d'un diagnostic quel qu'il soit peut avoir des effets stigmatisants qu'il est recommandé d'éviter à tout prix. Les réflexions de ces groupes d'experts soulèvent les problèmes suivants :

(1) même s'il y a un consensus pour abandonner le terme de "troubles de l'identité de genre" au profit d'un autre terme, il s'agit de continuer à considérer que cette condition reste une forme de pathologie qui doit être médicalisée d'une façon ou d'une autre;

(2) le maintien d'une certaine forme de médicalisation des conditions trans reste nécessaire à la garantie de l'accès aux soins médicaux de la transition et à leur prise en charge par les systèmes d'assurance-maladie;

(2) le maintien de critères diagnostiques permet de séparer les différentes formes d'expressions de la variété de genre (gender variance) – celles qui peuvent être considérées comme médicalisables et celles qui commencent à être considérées socialement comme des formes normales d'expression de la diversité de genre;

(3) la perspective d'une dépsychiatisation partielle des conditions trans : dépathologiser l'incongruence de genre en soi tout en maintenant le caractère pathologique des formes de détresse associées à cette incongruence ainsi que celles qui sont liées aux effets psychologiques de la stigmatisation et de l'exclusion sociale. Il s'agit ainsi d'une forme de passage de la psychiatisation à la posture de la santé mentale;

(4) maintenir le critère de la détresse comme fondement du diagnostic, peut avoir comme conséquences d'en exclure ceux qui ne ressentent pas cette détresse;

(5) établir des critères pour un diagnostic différentiel permettant de distinguer les "vrais" et les "faux" transsexuels;

(6) sortir ces formes d'incongruence de genre de leur ancrage dans la classe des troubles sexuels et des paraphilies et les maintenir dans un modèle de la souffrance.

L'ensemble de ces points de discussion sont formulés par des professionnels de la santé - dont certains sont considérés comme des partenaires acceptés et légitimes des personnes trans. Ces questionnements restent ainsi situés dans les logiques sociales et conceptuelles de l'univers

médico-psychologique, tout en tentant de répondre à certaines des questions posées par les associations d'usagers et les militants des Droits de l'Homme dans ce domaine. En dépit de tous leurs efforts pour tenter de répondre aux critiques, ces professionnels n'envisagent pas de supprimer la catégorie diagnostique mais plutôt de la reformuler de façon à ce qu'elle leur permette de formuler un diagnostic et qu'elle permette aux personnes trans de continuer à bénéficier à l'accès aux systèmes de soin tout en n'étant plus stigmatisées.

Le point de vue d'une association en France

Une législation pour l'égalité des citoyens, quelle que soit leur identité de genre (Trans Aide, 2009)

Tableau 1 : Tableau des personnes trans-identitaires (<http://www.trans-aide.com/>)

| Personne Transsexuelle | Personne Transgenre | Personne intersexuée |
|---|---|--|
| Personne en demande de soins pour résoudre sa souffrance psychique et désirant "changer de sexe" en passant par une opération génitale. Une personne transsexuelle n'a pas rompu avec la binarité sociétale liant sexe et genre et ne fait pas un choix de vie; elle pense être "enfermée dans un mauvais corps". Une fois opérée, elle ne se définira plus du tout comme une personne transsexuelle mais comme une personne du sexe revendiqué. | Personne qui, par choix , assume un genre, binaire ou pas, différent de celui qui lui a été assigné à la naissance au vu de ses organes génitaux. Ayant rompu avec la binarité sociétale liant sexe et genre, une personne transgenre vit son identité de genre en effectuant parfois, pour des raisons diverses (faciliter son insertion sociale, choisir sa sexualité...), des modifications corporelles. Une personne transgenre ne nie jamais son sexe biologique d'origine. | Personne ayant à la naissance au niveau génétique et/ou anatomique (génotype/phénotype) des caractéristiques sexuelles qui ne correspondent pas à la norme binaire mâle-femelle imposée pour définir socialement son sexe. Souvent victime de mutilations sexuelles pendant l'enfance afin de la normaliser, la personne intersexuée doit pouvoir choisir de modifier, ou non, la nature de ses organes génitaux, ou d'assumer son genre, en dehors de toute binarité liant le sexe et le genre. |

L'association Trans-Aide a élaboré une classification identitaire des situations trans fondée sur l'opposition entre personne "transsexuelle" et "transgenre". Comme on peut le voir sur le tableau 1, pour cette association, l'opposition entre "transsexuel" et "transgenre" est fondée sur la différence entre la souffrance psychique associée à la non adéquation entre le sexe assigné à la naissance et le genre, l'engagement dans un processus de modification corporelle, l'abandon de la référence au sexe de naissance et l'adoption du sexe/genre revendiqué, d'une part, et d'autre part, le choix identitaire, la volonté de rompre avec la binarité sociétale de genre et le libre choix de la nature des opérations à effectuer. La référence à la souffrance psychique

et au sexe d'origine ou état-civil à la naissance constitue l'élément principal de cette différenciation. On observe aussi une différence de registre : le terme de "transsexuel" qui tire ses origines du cadre médical est utilisé lorsqu'il s'agit de remédier à une souffrance alors que le terme de transgenre apparu plus récemment dans le registre militant se situe dans le cadre de la revendication identitaire des trans et reste associé à la réalisation d'un choix. L'expression de transgenre, telle qu'elle est utilisée dans cette association semble préconiser la rupture avec le modèle médical de la maladie au profit d'un modèle identitaire [30].

Auto-désignations

Au-delà des formes de désignation et de labellisation élaborées par les institutions médicales et de santé publique, les systèmes d'assurance-maladie et par les associations de trans, nous avons tenté d'identifier, dans une perspective non orientée par la clinique, les modes d'auto-désignation de l'identité de genre par les individus trans eux – mêmes. Il est bien évident que les formes d'auto-désignation proposées par les personnes trans elles-mêmes ne sont pas indépendantes du contexte médical, psychiatrique et culturel actuel qui a façonné les idées, les pratiques et les subjectivités en matière de diversité d'expression de genre [31].

Une enquête par questionnaire a été réalisée au cours de l'année 2010 auprès de la population identifiée comme trans vivant en France ¹. Cette population a été identifiée à partir de trois réseaux différents qui avaient accepté de servir de relais pour la diffusion du questionnaire anonyme. Les questionnaires ont ainsi été distribués par (1) des associations de personnes trans, (2) quatre équipes de cliniciens hospitaliers recevant des personnes trans, (3) des praticiens libéraux (médecins généralistes, psychiatres et endocrinologues) assurant l'accompagnement et le suivi médical des personnes trans. Au total, 381 individus ont répondu à ce questionnaire qui comprenait 117 questions réparties en 5 sections : socio-démographie, processus de transition, santé générale, santé mentale, santé sexuelle, activité et comportements sexuels. Ce questionnaire auto-administré n'a comporté qu'une seule question (n° 114) que nous avons laissée volontairement ouverte. Il s'agit d'une question sur l'identité de genre formulée de la façon suivante : "Sur le plan de l'identité de genre, comment vous

définissez-vous actuellement ?". L'ouverture de cette question a favorisé les expressions personnelles et subjectives de la formulation de cette identité. Nous avons ainsi obtenu plus de 200 formulations différentes. La quantité de ces réponses constitue déjà un premier indicateur de la complexité de la question de l'identité de genre et de l'absence de consensus parmi les personnes identifiées comme trans dans ce que l'on peut qualifier de "réseau trans" comprenant les deux volets médical et identitaire (associatif). Une analyse de contenu de ces questions a permis d'établir trois grandes catégories construites en fonction des déclarations des personnes, "selon leurs propres termes".

Tableau 2 : Etat-civil à la naissance et identification de genre (en effectifs et en %)

| Q005 Etat civil à la naissance | | | | |
|------------------------------------|--------------|--------------|-------|-------|
| Q114 identification de genre | Féminin | Masculin | NR | Total |
| Femme | 2 | 148 | 1 | 151 |
| | 2.11 | 52.48 | 25.00 | 39.63 |
| Homme | 49 | 7 | 0 | 56 |
| | 51.58 | 2.48 | 0.00 | 14.70 |
| Femme trans | 2 | 63 | 0 | 65 |
| | 2.11 | 22.34 | 0.00 | 17.06 |
| Homme trans | 23 | 3 | 0 | 26 |
| | 24.21 | 1.06 | 0.00 | 6.82 |
| Trans | 12 | 35 | 1 | 48 |
| | 12.63 | 12.41 | 25.00 | 12.60 |
| Autre | 4 | 10 | 0 | 14 |
| | 4.21 | 3.55 | 0.00 | 3.67 |
| NR | 3 | 16 | 2 | 21 |
| | 3.16 | 5.67 | 50.00 | 5.51 |
| Total | 95 | 282 | 4 | 381 |

¹ Cette enquête a été réalisée à la demande et avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, du Ministère de la Santé français.

100.00

100.00

100.00

100.00

Les catégories de l'identité de genre revendiquée ont été établies en fonction de l'état-civil à la naissance déclaré par les personnes. Les résultats font apparaître que dans les deux cas (hommes et femmes à la naissance), l'appartenance au sexe différent de celui qui a été assigné à la naissance est déclarée et revendiquée dans plus de 50% des cas. Par ailleurs, et dans des proportions équivalentes, en fonction du sexe attribué à la naissance, les individus se déclarent "homme trans" ou "femme trans" (environ 22%). C'est-à-dire que tout en adoptant l'identité de l'autre sexe, ils/elles ne rejettent pas l'idée d'une référence à une posture ou un parcours trans. Enfin nous avons identifié un troisième groupe qui se revendique comme "trans", c'est-à-dire sans référence à un sexe ou à un autre, et en dehors du dimorphisme de sexe. On observe ainsi trois profils différents en référence à l'identité de genre selon le sexe attribué à la naissance qui représentent un certain éventail des parcours de "changement de sexe". Nous n'avons recueilli quasiment aucune réponse comportant les termes de "transsexuel" ou "transgenre".

Afin d'évaluer la pertinence de cette construction fondée sur les déclarations des individus, nous avons tenté un premier croisement avec la variable de l'expérience d'une intervention chirurgicale sur les organes génitaux (cf. Tableau 3).

Tableau 3 : Intervention sur les organes génitaux en fonction de l'identification de genre (en effectif et en %)

| Q114 identification de genre | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|----------------|----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Q029 intervention sur les organes génitaux | Femme | Homme | Femme trans | Homme trans | Trans | Autre | NR | Total |
| Oui | 64 42.38 | 24 42.86 | 19 29.23 | 13 50.00 | 6 12.50 | 3 21.43 | 11 52.38 | 140 36.75 |
| Non | 84 55.63 | 32 57.14 | 45 69.23 | 13 50.00 | 42 87.50 | 10 71.43 | 8 38.10 | 234 61.42 |
| NR | 3 1.99 | 0 0.00 | 1 1.54 | 0 0.00 | 0 0.00 | 1 7.14 | 2 9.52 | 7 1.84 |
| Total | 151 | 56 | 65 | 26 | 48 | 14 | 21 | 381 |

| | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|

Ces résultats font apparaître que l'expérience d'avoir bénéficié d'une intervention chirurgicale sur les organes génitaux est largement associée à l'identité de genre revendiquée. Tout d'abord et de façon globale, on peut relever que seulement un peu plus du tiers des individus (36%) ont déclaré avoir effectué une telle opération, ce qui fait apparaître que même si la question de la chirurgie de réassignation sexuelle reste un enjeu important, elle ne concerne que près d'un tiers des répondants. Il reste encore à examiner la proportion de ceux/celles qui souhaitent effectuer cette opération parmi ceux/celles qui ont déclaré ne pas en avoir déjà bénéficié. Par ailleurs, l'expérience d'une telle opération chirurgicale est très fortement associée au type d'identité de genre revendiquée : le fait de se déclarer "femme", c'est-à-dire d'abandonner la référence au sexe assigné à la naissance et au processus de transition de genre est plus fréquemment associé à cette pratique que lorsqu'on se déclare "femme trans" (42% vs 29%). On observe une relation inverse parmi ceux qui se déclarent "hommes" par rapport à ceux qui se déclarent "hommes trans" (42% vs 50%). Plus globalement, ceux/celles qui se déclarent "trans" sans référence à un sexe d'origine ou d'arrivée ont beaucoup moins fréquemment bénéficié de cette opération (12%).

Le choix de s'engager dans une transformation corporelle et génitale à l'aide d'une technique chirurgicale apparaît donc doté de significations différentes selon l'identité de genre revendiquée. Ce choix est plus fréquemment adopté et plus fréquemment associé au changement de genre.

Ce point qui avait déjà été observé par Cohen Kettenis et Pfafflin (2010) fera l'objet d'explorations et d'analyses plus approfondies. Mais d'ores et déjà, il est important de noter que l'utilisation de l'identité de genre revendiquée apparaît plus appropriée pour comprendre la diversité des conduites et des trajectoires des personnes trans que l'état-civil à la naissance.

Conclusion

Au cours de ce passage en revue des différentes définitions et désignations des conditions et des situations trans et d'une présentation des discussions en cours dans le contexte de la révision des nomenclatures médicales (DSM et CIM) nous avons tenté de dégager les

perspectives de changement impulsées par les différents acteurs impliqués dans ce champ (professionnels du champ psy, professionnels spécialisés dans l'abord des questions trans, associations identitaires, et expressions subjectives) ainsi que les lignes de tension et de clivage. Il apparaît que l'abandon et l'exclusion des conditions trans du champ des nosographies psychiatriques ou médicales - tel qu'il s'était déroulé à propos de l'homosexualité - ne soit pas à l'ordre du jour des professionnels de santé et qu'il ne fasse pas consensus parmi les associations identitaires. On se trouve par ailleurs en présence de fortes revendications, relayées et portées par des institutions internationales, en faveur d'une dé-psychiatisation de ces conditions, compte tenu du potentiel stigmatisant des désignations psychiatriques et d'une demande de reconnaissance des Droits de l'Homme dans ce domaine. On se trouve par ailleurs face à la nécessité reconnue par de nombreux acteurs de maintenir l'accès aux soins et sa prise en charge par les systèmes d'assurance maladie (publics et privés) et de développer les possibilités d'un libre choix du parcours de soins en fonction des demandes identitaires des usagers. Mais d'un autre côté, certains psychiatres demandent le maintien de catégories permettant de distinguer parmi l'ensemble des expressions trans ceux qui sont en mesure de bénéficier de ces soins. On se trouve aussi face à la reconnaissance de la nécessité d'assurer un accès aux soins pour le traitement des effets psychologiques et psychiatriques de la stigmatisation et l'exclusion sociale dans un contexte de santé mentale. L'existence d'une classification psychiatrique (DSM IV-TR) et d'une classification générale des maladies associant les affections somatiques, fonctionnelles et psychiatriques ainsi que les causes externes et internes de la morbidité (CIM 10) peut permettre de sortir de l'enfermement des conditions trans dans le champ psychiatrique – ce qui aurait pour effet de répondre aux attentes de certaines catégories d'usagers.

Au delà du processus de révision des catégories nosographiques, la question trans pose des questions fondamentales sur le processus de médicalisation / dé-médicalisation d'expressions, de conduites conditions qui ont commencé à être traitées comme des affections psychiatriques au XIX^e siècle [32].

Références

- [1] Foucault M. Les mots et le choses. Une archéologie des sciences humaines. Paris: Gallimard; 1966.
- [2] Latour B. Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique. Paris: La découverte; 1991.
- [3] Armstrong D. The patient's view. *Social Science & Medicine* 1984; 18: 737-44.
- [4] Condrau F. The patient's view meets the clinical gaze. *Social History of Medicine* 2007; 20: 525-40.
- [5] Giami A. Le questionnaire de l'enquête ACSF - Influence d'une représentation épidémiologique de la sexualité. *Population* 1993; 1229-56.
- [6] Giami A. Socio-épidémiologie de l'impuissance masculine. *Andrologie* 1999; 9 177-90.
- [7] Giami A, Korpès J, Lavigne C, Scelles R. La pluralité des représentations du handicap. In: Aymé S, Henrard J, Colvez A, Ravaud J, eds. *Handicap et vieillissement : politiques publiques et pratiques sociales*. Paris: INSERM, 1996: 7-28.
- [8] Murat L. *La loi du genre*. Paris: Fayard; 2006.
- [9] Hirschauer S. The Medicalization of Gender Migration. *International journal of transgenderism* 1997; 1: xxxx.
- [10] Ventura M, Schramm FR. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis, Revista de Saude Coletiva*, Rio de Janeiro 2009; 19: 65-93.
- [11] Prior L. Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health & Illness* 2003; 25 41-57.
- [12] Commissioner-for-Human-Rights. *Issue Paper on Gender Identity and Human Rights*. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2009.
- [13] Giami A, Moreau C, Moulin P. Les théories de la sexualité dans le champs du cancer : les savoirs infirmiers. *Psycho-Oncologie* 2007; 226-30.
- [14] Cohen-Kettenis P, Gooren L. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychiatric Research* 1999; 46: 315-33.
- [15] De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Crael B, Heylens G, Rubens R, *et al.* Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European psychiatry* 2007; 22: 137-41.
- [16] Zucker K, Lawrence A. Epidemiology of Gender Identity Disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism* 2009; 11: 8-18.
- [17] Haute-Autorité-de-Santé. *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme en France*. Paris, 2009.

- [18] Almeida Wilson (d') K, Lert F, Berdougou F, Hazéra H. Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2008; 27: 240-4.
- [19] Giami A, Beaubatie E. Enquête sur la santé sexuelle de la population Trans en France. In: Inserm - non publié, 2010. Paris.
- [20] Operario D, Soma T, Underhill K. Sex Work and HIV Status Among Transgender Women: Systematic Review and Meta-Analysis. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2008; 48: 97-103.
- [21] Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N, *et al.* Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review. AIDS & Behavior 2008; 12: 1-17.
- [22] Giami A, Le Bail J. Infection à VIH et IST dans la population "trans" : une revue critique de la littérature internationale. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2011; 59
- [23] Zucker K. Editorial : Reports from the DSM-V Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders. Archives of Sexual Behavior 2010; 39: 217-20.
- [24] American-Psychological-Association. Report of the Task Force on Gender Identity and Gender Variance. 2009. Washington, DC.
- [25] Ehrbar R. Consensus from Differences: Lack of Professional Consensus on the Retention of the Gender Identity Disorder Diagnosis International Journal of Transgenderism 2010; 12: 60-74.
- [26] Bayer R. Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis. New York: Basic Books; 1981.
- [27] American-Psychological-Association. Statement on Gender Identity Disorder and the Planned Revision of the Diagnostic and Statistical Manual. 2008.
- [28] Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin, Friedmann. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. Archives of Sexual Behavior 2010; 39: 499-513.
- [29] Knudson G, De Cuypere G, Bockting W. Recommendations for Revision of the DSM Diagnoses of Gender Identity Disorders: Consensus Statement of the World Professional Association for Transgender Health. International Journal of Transgenderism 2010; 12: 115-8.
- [30] Bockting WO. Transforming the paradigm of transgender health: a field in transition. Sexual and Relationship Therapy 2009; 24: 103-7.
- [31] Hausman BL. Changing sex. Transsexualism, technology, and the idea of gender. Durham: Duke University Press; 1995.
- [32] Herdt G, editor. Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History. New York: Zone Books; 1993.

