

## DES IDENTITÉS À RISQUE ?

Commentaire

[Ilana Löwy](#)

John Libbey Eurotext | « Sciences sociales et santé »

2017/1 Vol. 35 | pages 65 à 70

ISSN 0294-0337

DOI 10.3917/sss.351.0065

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2017-1-page-65.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Des identités à risque ?

### Commentaire

Ilana Löwy\*

*Dans le film « The Danish Girl » de Tom Hooper, un peintre danois, Einar Wegener, entreprend, dans les années 1930, un changement de sexe afin de devenir une femme, Lili Elbe. Hélas, à cette époque les opérations visant la transformation des organes sexuels n'étaient que balbutiantes, et Einar/Lili perd sa vie dans sa quête d'un corps féminin. Son histoire, héroïque et tragique, illustre la volonté des individus persuadés qu'ils sont nés avec un corps qui ne correspond pas à leur identité profonde, de prendre de grands risques pour mettre leur corps en accord avec leur cerveau. « Danish Girl » se focalise sur les identités de sexe et de genre de ses héroïnes. Il parle peu de leur vies en dehors de ce problème identitaire, par exemple du fait que Einar Wegener/Lili Elbe et sa femme Gerda Gottlieb ont été tous les deux des peintres talentueux, pionniers du mouvement moderniste au Danemark. Leur vie ne se réduisait pas aux problèmes d'identité de sexe/genre.*

*Einar Wegener/Lili Elbe n'était probablement pas le premier individu convaincu qu'il était une femme dotée d'un corps d'homme ou inversement. Toutefois il/elle était vraisemblablement parmi les premiers à croire que les technologies de la médecine pouvaient résoudre son*

---

\* Ilana Löwy, historienne, CERMES 3 (centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société) Unité INSERM 988 – CNRS 8211 – EHESS – Université Paris Descartes, Campus CNRS, 7 rue Guy Môquet, 94801 Villejuif Cedex, France ;  
lowy@vjf.cnrs.fr

*problème. Dans son cas, hélas, la solution était imparfaite. Après la Seconde Guerre mondiale, le progrès de la chirurgie esthétique (les deux guerres mondiales, avec leur afflux de mutilations graves, ont fourni un stimulus important pour le développement de cette discipline) et la production industrielle des hormones sexuelles (« sexe dans un flacon ») ont grandement facilité la transformation des corps (Hausman, 1995). En 1952, le changement de sexe de Christine Jorgensen, devenu un événement médiatique, a rendu le transsexualisme visible pour le grand public. Le cas Jorgensen a aussi attiré l'attention des médecins sur l'existence des individus désirant changer de sexe sans être pour autant des « malades » ou des « déviants » (Meyerowitz, 2002).*

*Depuis les années 1950, un nombre considérable d'individus ont entrepris des traitements chirurgicaux et hormonaux pour changer leur sexe d'origine. L'article « Cancer et transidentité : une nouvelle population à risques » parle de la santé de ces individus en mettant en avant une question rarement discutée, celle du risque cancéreux. Si ce sujet est abordé, il l'est d'habitude uniquement sous l'angle des dangers des traitements liés à leur transition, avant tout les thérapies hormonales. Les auteurs de ce texte soulignent justement que la question de la transformation de l'identité sexuelle, sa dimension psychiatrique, et les négociations autour des traitements médicaux liés à cette transformation occupent une place tellement importante dans la gestion de la santé des transsexuels qu'on tend à oublier qu'il s'agit de personnes multidimensionnelles, et que leur vie — physique et psychique — ne se réduit pas au problème de sexe/genre. Hors leur transition, les individus trans ont les mêmes risques de santé que la population générale. Un.e transsexuel.le qui fume accroît ses risques de développer un cancer du poumon, celui/celle qui a des dispositions familiales au cancer du colon gardera ses prédispositions après le changement de sexe, et tout transsexuel.le qui vieillit a une plus grande probabilité de développer une tumeur maligne — comme n'importe quel autre individu. Le cancer est avant tout une maladie des personnes âgées, et la population trans compte aujourd'hui de nombreuses personnes de plus de 60 ans (Springer et al., 2012 ; Jordan-Young, 2011).*

*Le concept de « risque pour la santé » est relativement nouveau. Il est né avec l'industrie de l'assurance. Les compagnies d'assurance se sont efforcées de déterminer quels individus ont un « bon risque » pour l'assureur (c'est-à-dire vont augmenter ses profits) et ceux qui ont un « mauvais risque » (vont lui faire perdre de l'argent). Pour maximiser leurs gains, les compagnies d'assurance-vie ont développé des outils, y compris statistiques, afin d'étudier des individus apparemment sains et d'évaluer les facteurs qui influencent la longévité. De telles études ont démontré,*

*par exemple, que l'hypertension est dangereuse, et que, contrairement à ce que les médecins pensaient, l'obésité n'est pas un signe de bonne santé mais une indication d'une espérance de vie plus courte (Davis, 1981 ; Rothstein, 2003). Après la Seconde Guerre mondiale, les études comme Framingham — un suivi systématique de mortalité et de morbidité cardiovasculaire de plus de cinq mille habitants dans cette ville du Massachusetts — ont consolidé la notion de facteurs de risque (Aronowitz, 1998, 2015 ; Lupton, 2013). Les trans sont perçus comme une « population à risque » à cause des traitements de changement de sexe ; ils sont aussi perçus comme une population qui volontairement « prend des risques ». D'autres populations sont aussi classées comme des « preneurs de risques volontaires » : les fumeurs, les utilisateurs de drogues, les individus qui pratiquent des sports dangereux tels l'alpinisme ou la navigation en solitaire, les travailleurs du sexe, les diabétiques qui ne contrôlent pas bien leur niveau de glucose, les pilotes d'avions privés. Quels sont les risques de santé spécifiques de la population trans ?*

*Le changement de sexe lui-même est perçu comme une source importante de risques, puisque il nécessite des opérations souvent longues et compliquées et la prise massive d'hormones du sexe opposé. Cette dernière démarche est le plus souvent associée au risque accru de cancer chez des trans. Un tel risque existe probablement mais, comme l'article « Cancer et transidentité » le montre, faute de recherches suffisantes, l'ampleur précise du risque cancéreux lié à la prise d'hormones sexuelles reste peu connue. Un autre facteur de risque cancéreux chez les trans est la présence des organes sexuels qui appartiennent au sexe abandonné au cours du processus de transition, mais qui sont toujours présents chez de nombreuses personnes qui adoptent un autre sexe/genre. Une trans HtF est rarement préoccupée par le risque du cancer de la prostate et un trans FtH, par celui du cancer de l'utérus, puisque ces organes ne sont plus perçus comme faisant partie de leur identité profonde et peuvent donc être volontairement oubliés. Le risque cancéreux de ces organes « cachés » peut toutefois être mobilisé par les médecins pour « normaliser » les corps des trans et éviter le « désordre dans le genre ». Un individu trans qui élimine chirurgicalement tous les signes corporels de son sexe d'origine peut être perçu comme plus « normal » que celui qui veut garder des attributs corporels des deux sexes. Des trans FtH ont expliqué que les médecins font pression sur elles/eux pour une hystérectomie — une opération qui n'est pas perçue par elles/eux comme essentielle puisqu'elle ne modifie pas leur perception sociale comme hommes. Une telle opération est toutefois considérée comme nécessaire par certains médecins, peu tolérants des corps ambivalents. Ces médecins utilisent le risque du*

cancer d'utérus (probablement pas très élevé) chez les trans FtH pour écarter le spectre d'un homme qui peut devenir enceint.e (1).

Un autre élément qui peut augmenter le risque de cancer chez les trans est l'automédicalisation. Les trans aspirent à contrôler leur processus de transition, et certains ont une tendance à « bricoler » et à prendre les traitements notamment hormonaux sans prêter trop attention aux consignes officielles de leur utilisation. Une telle attitude peut avoir deux sources. Il y a peu d'études sur les effets secondaires des hormones et antagonistes des hormones appliquées pendant un processus de changement de sexe. Or, il n'est pas certain que des hormones féminines utilisées par un individu né homme induisent les mêmes effets secondaires que les mêmes hormones utilisées par une personne née femme ; cela est aussi valable pour l'utilisation des hormones masculines pour un individu né femme. Par ailleurs, de nombreux trans se méfient des médecins, puisqu'ils.elles ont souvent rencontré des attitudes négatives ou méprisantes du corps médical. De mauvais rapports avec les médecins sont une autre source de risque cancéreux accru chez les trans, puisque ils.elles peuvent être réticent.e.s à consulter un médecin pour un dépistage du cancer, et peuvent aussi hésiter à consulter un médecin s'ils.elles ont des symptômes qui peuvent indiquer la présence d'un cancer avéré. Un changement officiel d'état civil, accompagné par un changement de prénom et de numéro de sécurité sociale, facilite souvent les relations avec le corps médical. Un individu trans doté d'une nouvelle identité sexuée n'est plus obligé de parler de sa transition quand elle/il consulte pour une grippe ou un changement d'aspect d'un grain de beauté. Le changement officiel de sexe ne résout cependant pas le problème du risque de cancer des organes reproductifs, ni celui des traitements médicaux de longue durée. La difficulté de trouver des médecins ouverts aux problèmes des trans, hors un petit groupe de spécialistes de ce domaine, a des effets négatifs sur la santé des trans en général, donc aussi sur la gestion de leur risque cancéreux.

Finalement, de nombreux problèmes de santé des trans, y compris leur risque de développer une tumeur maligne, sont liés à leur situation sociale souvent précaire, aux discriminations à leur encontre et au stress lié à leur situation. Il est difficile de prendre soin de sa santé quand on est confronté à des difficultés matérielles, à des attitudes de rejet et de discrimination systématique. Ce dernier problème a attiré l'attention sur les possibles risques pour la santé des individus « transgenre » qui ne suivent

---

(1) La crainte n'est pas totalement irrationnelle ; un FtH trans, Thomas Trace Beatie, a eu trois enfants avec sa femme, puisque cette dernière était infertile. Il fut le sujet de la sculpture de Marc Quinn, *The Pregnant man*.

*pas un parcours médical afin de modifier leur corps. En l'absence de tels traitements, ces individus ne sont pas perçus comme une « population à risque ». Ils.elles sont toutefois confronté.e.s, l'article le montre, aux risques qui découlent de leur marginalisation. Marginalisation et discrimination ont un double effet : l'augmentation de la fréquence des comportements à risque : tabagisme, alcoolisme, prise de drogues, mauvaise nutrition, et ils ont aussi des effets directs sur les corps. Être trans, comme être membre d'une « minorité visible », est une source potentielle de stress et donc de problèmes de santé qui découlent d'un niveau élevé de stress (Krieger, 2005 ; Krieger et Sidney, 1996).*

*Les interrogations sur la santé des trans se focalisent sur leur santé mentale (le problème c'est l'individu trans) et non sur les attitudes en direction des personnes qui changent de sexe (le problème c'est la société). La politiste australienne, Carol Bacchi a développé une approche de l'analyse des politiques publiques qui prend comme un point de départ la question « Qu'est-ce que le problème que nous étudions est supposé représenter ? » Bacchi, qui s'inspire de Foucault, explique que les politiques gouvernementales — et par extension celles de santé publique — ont comme but de « résoudre les problèmes » (sociaux, économiques, de santé), ce qui présuppose que nous savons déjà quel est le problème ; il faut juste trouver la bonne solution à ce problème. Une telle approche permet de faire abstraction du cadre plus large dans lequel se situe un problème. Par exemple, les responsables de la santé publique en Australie qui se sont interrogés sur les causes de la mortalité infantile élevée dans les communautés aborigènes ont lié cette mortalité au mode de vie nomade des Aborigènes. La conclusion évidente fut qu'il faut développer des politiques publiques qui incitent les Aborigènes à adopter une vie sédentaire. Une telle définition du problème a écarté d'emblée la possibilité d'une solution alternative : l'adaptation du système de santé aux besoins des populations nomades. Cette solution alternative est plus compliquée et plus onéreuse : en outre, la volonté d'inciter les Aborigènes à devenir sédentaires inclut un implicite sur la supériorité du mode de vie sédentaire, perçu comme une progression « naturelle » de l'histoire de l'humanité (Bacchi, 2009). Un regard critique sur la construction de la notion de risque cancéreux chez les trans montre comment la naturalisation de la division de l'humanité en deux sexes mutuellement exclusifs, rend visible certains risques pour la santé et en masque d'autres, une conclusion qui peut être étendue aux situations qui ne sont pas liées au changement de sexe/genre.*

**Liens d'intérêt :** *l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.*

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aronowitz R., 1998, *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*, Cambridge, *Cambridge University Press, U.K.*
- Aronowitz R., 2015, *Risky Medicine: Our Quest to Cure Fear and Uncertainty*, Chicago, *University of Chicago Press.*
- Bacchi C., 2009, *Analysing Policy: What's the Problem Represented to Be?* Frenchs Forest: *Pearson Australia.*
- Davis A.B., 1981, *Life insurance and the physical examination: A chapter in the rise of medical technology*, *Bulletin of the History of Medicine*, 55, 392-406.
- Hausman B., 1995, *Changing Sex: Transsexualism, Technology and the Idea of Gender*, Durham, *Duke University Press.*
- Jordan-Young R., 2016 (2011), *Hormones, sexe et cerveau*, traduit par Odile Filod, Paris, *La Découverte.*
- Krieger N., Sidney S., 1996, *Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA Study of young black and white adults*, *American Journal of Public Health*, 86, 10, 1370-1378.
- Krieger N., 2005, *Stormy weather: Race, gene expression and the science of health disparities*, *American Journal of Public Health*, 95, 12, 2155-2160.
- Lupton D., 2013, *Risk*, 2<sup>nd</sup> ed., New York, *Routledge.*
- Meyerowitz J. 2002, *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*, Cambridge, Mass, *Harvard University Press.*
- Rothstein W.G., 2003, *Public Health and the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution*, Rochester, NY, *University of Rochester Press.*
- Springer K.W., Stelman J.M., Jordan-Young R., 2012, *Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health*, *Social Sciences and Medicine*, 74, 11, 1817-1824.