

CONTROVERSES DANS LES PRISES EN CHARGE DES SITUATIONS TRANS : UNE ETHNOGRAPHIE DES CONFÉRENCES MÉDICO- SCIENTIFIQUES

[Alain Giami](#), [Lucie Nayak](#)

John Libbey Eurotext | « [Sciences sociales et santé](#) »

2019/3 Vol. 37 | pages 39 à 64

ISSN 0294-0337

ISBN 9782742015887

DOI 10.1684/sss.2019.0147

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-3-page-39.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.

Controverses dans les prises en charge des situations trans : une ethnographie des conférences médico-scientifiques

Alain Giami*, Lucie Nayak**

Résumé. Cet article est fondé sur une ethnographie des conférences médico-scientifiques de deux organisations, l'une internationale (*World Professional Association for Transgender Health* – WPATH), qui réunit, dans un partenariat institué, des professionnels de la santé et des militants trans, l'autre française (*Société d'études et de prise en charge de la transidentité* – SOFECT) qui regroupe uniquement des professionnels de santé. Cette ethnographie met en lumière la dynamique des controverses qui opposent ces deux catégories d'acteurs qui portent principalement sur l'abord psychiatrique des situations trans et la reconnaissance de la diversité des identifications de genre. Le contraste entre les caractéristiques de la WPATH (forum hybride) et de la SOFECT (association professionnelle) permet d'observer les rythmes et les intensités différentes de ces controverses. L'article met en évidence deux modes de gestion des controverses fondés sur deux types de relations entre les représentants des professionnels de santé et des associations trans.

* Psycho-sociologue, Directeur de recherche émérite à l'Inserm, CESP, Paris, France ; alain.giami@inserm.fr

** Sociologue, Postdoctorante Inserm, CESP/ANRS, Paris, France ; lucienayak@yahoo.fr

Cette recherche a bénéficié des financements suivants : Projet ANRS 12343 : Santé et citoyenneté des personnes trans dans le contexte du sida au Brésil : approches comparatives France/Brésil ; Projet ANRS ECTZ 73879 : Le dispositif de lutte contre le VIH-sida : L'accompagnement des femmes trans.

Mots clés : *transgenre, médicalisation, classifications médicales, controverses scientifiques.*

Le dispositif trans¹ est actuellement marqué par des controverses majeures qui portent sur la reconnaissance de la diversité des identifications de genre, l'utilité d'un diagnostic psychiatrique, la pertinence et les modalités de l'accompagnement médico-psychologique des enfants et adolescents trans, et les conséquences de la démedicalisation du changement d'état-civil. Ces controverses se déroulent aussi bien en France qu'au plan international. Elles sont constitutives du passage du modèle du « transsexualisme »² (Cauldwell, 1950 ; Benjamin, 1966 ; Hausman, 1995 ; Hirschauer, 1997) au modèle « trans »³ : alors que le premier comprend la standardisation des parcours de transition finalisés avec les « chirurgies de réassignation de genre », dont certains auteurs, en France, font la caractéristique du « programme transsexuel » (Hérault, 2004, Alessandrin, 2012), le second met en avant la reconnaissance du rôle des personnes trans dans les traitements qui les concernent, la dépathologisation et la dépsychiatriation de ces traitements, et la diversité des identifications trans (Rubin, 1984 ; Halberstam, 1998 ; Suess, Espineira, Walters, 2014).

Dans la tradition des *science studies*, nous envisageons ces controverses (Callon, Lascoumes, Barthe, 2001 ; Lemieux, 2007)

(1) Le dispositif trans est composé des différentes catégories d'acteurs participant à l'accompagnement des personnes trans : associations de défense des droits des personnes trans, professionnels de santé et différentes institutions de l'Etat (ministère de la santé, assurance maladie, ministère de la justice, registre d'état-civil, etc.). Toutes ces instances négocient les situations trans au travers des accompagnements réalisés. Les controverses qui se développent entre les différentes catégories d'acteurs et au sein de chacune de ces catégories contribuent à leur construction et à leurs transformations (Boltanski, Thévenot, 1991 ; Peeters, Charlier, 1999 ; Dodier, Barbot, 2016).

(2) On ne reviendra pas ici sur l'histoire des développements du modèle médical du « transsexualisme », suffisamment traitée par ailleurs au plan international (Meyerowitz, 2004 ; Hausman, 1995 ; Drescher, 2010) et français (Alessandrin, 2014, 2012 ; Castel, 2003 ; Espineira, Thomas, Alessandrin, 2012 ; Marchand, Pelladeau et Pommier, 2015 ; Giami, 2011).

(3) Le terme « trans » est désormais couramment utilisé dans les recherches en sciences sociales pour inclure la diversité des identifications de genre (*transsexuel*, *transgenres*, *transidentitaires*, etc.).

comme des « actions collectives conduisant à la transformation du monde social » (Lemieux, 2007 : 192), c'est-à-dire dotées d'un pouvoir instituant dans l'évolution de l'accompagnement des situations trans. C'est au cours d'une ethnographie de cinq conférences internationales et françaises que l'analyse des controverses s'est imposée à nous. Précisément, notre point de vue s'est formé à partir des débats observés dans deux organisations, l'une internationale, la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), l'autre nationale, la *Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme* (SOFECT)⁴.

La WPATH a été fondée en 1979 sous le nom de *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBI/GDA) et renommée en 2007. Elle présente les caractéristiques d'un « forum hybride » (Callon, Lascoumes, Barthe, 2001), en ce qu'elle réunit à la fois des professionnels de santé (qui peuvent aussi être des personnes trans) et des militants des droits des personnes trans (qui peuvent être des personnes cisgenres⁵), les uns et les autres occupant à part plus ou moins égale les positions de direction et de responsabilité en son sein. L'une de ses principales missions est de développer des *Standards of Care* (SOC) (Coleman, Bockting *et al.*, 2011), c'est-à-dire des protocoles d'intervention et des recommandations éthiques, internationalement reconnus et résultant de négociations entre les différentes catégories d'acteurs du dispositif trans. Elle intervient aussi dans les débats politiques et sociétaux et dans la lutte contre les discriminations qui frappent les personnes trans.

La SOFECT, créée en 2010, regroupe en France des membres des professions de santé et quelques juristes travaillant sur les situations trans. Elle est composée de sept équipes hospitalières situées à Bordeaux, Brest, Lyon, Marseille, Montpellier, Nice et Paris. Elle se situe à mi-chemin entre société savante et société professionnelle et développe aussi bien la recherche fondamentale que la réflexion sur les pratiques cliniques et l'organisation des prises en charge. Si des personnes trans peuvent être conviées, à titre individuel et en de rares occasions, à intervenir dans les colloques comme témoins, les

(4) Tout récemment (2017) renommée Société d'études et de prise en charge de la *transidentité*. Nous y reviendrons.

(5) Le terme « cisgenre », dont l'apparition a fait suite au terme de « gender normal » proposé par Garfinkel (1967), permet de définir les personnes qui se trouvent en situation d'adéquation entre le genre qui leur a été assigné à la naissance, leurs corps et leur identité personnelle (Schilt, Westbrook, 2009).

associations trans ne sont pas invitées à participer aux manifestations de la SOFECT et *a fortiori* à l'assemblée générale où se prennent les décisions. La SOFECT évite de participer et de prendre position dans les débats publics.

À la suite de la création de la SOFECT, et en réaction au rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) (2009) qui préconisait la création d'équipes de référence hospitalières, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a constaté les grandes difficultés des professionnels de la santé et des associations trans à communiquer et collaborer. Selon ce rapport, ces difficultés étaient dues à la « virulence avec laquelle s'expriment certaines revendications » des associations trans, au manque de sensibilisation des professionnels de santé et à certaines modalités de l'expérience de vie réelle⁶ qui « peuvent légitimement interpeller l'éthique médicale » (IGAS, 2011 : 3-4).

Les controverses qui se déroulent au sein du dispositif trans en France depuis cette époque ont été analysées en termes de médicalisation/dépathologisation (Bujon, Dourlens, 2012 ; Giami, 2012). Ces auteurs ont noté que « les controverses incessantes qui marquent la définition de cette question ne parviennent pas à se clôturer » (Bujon, Dourlens, 2012 : 54).

Nos observations confirment ce constat, et nous visons, à l'aide d'une approche différente, à explorer cette quasi-impossibilité à dialoguer qui a pris des formes particulièrement aiguës lors de la réunion de la SOFECT en 2018, marquée par une manifestation de protestation organisée par un mouvement trans luttant pour la dépathologisation. On se trouve, à la WPATH et la SOFECT, face à deux modèles d'associations qui accordent une place différente aux « patients », « clients » ou « usagers des services » en les incluant, ou non, dans la gouvernance et en organisant les relations et les débats entre ces différents protagonistes sur le mode du partenariat ou de l'antagonisme. Le contraste entre ces deux associations nous a permis de comprendre les rythmes et les intensités différentes qui marquent les controverses entre professionnels de la santé et associations trans

(6) La période d'observation appelée « expérience en vie réelle », d'abord nommée « test de vie réelle » (Coleman, Bockting et al., 2011), est une phase d'une durée de six mois à deux ans selon les différents protocoles, durant laquelle le psychiatre chargé de son évaluation demande à la personne d'adopter l'expression du genre souhaité (vêtements, prénom etc.) avant qu'elle soit éventuellement autorisée à accéder aux traitements hormono-chirurgicaux. Elle est dénoncée comme étant une forme de maltraitance médicale par différentes associations trans (Bujon, Dourlens, 2012).

autour de ce que certaines d'entre elles qualifient de « processus de dépathologisation »⁷ (Suess, Espineira, Walters, 2014). Ces controverses se déroulent d'abord à un niveau *global*, celui de la WPATH, où des transformations sont en cours depuis plusieurs années, puis au niveau *local* de la SOFECT, en France, où elles sont en train d'être amorcées. Les deux associations ne se situent donc pas au même stade de la « dynamique de publicisation et de confinement » qui caractérise l'évolution des controverses (Lemieux, 2007 : 200).

Nous faisons l'hypothèse que les controverses concernant les pratiques d'accompagnement médical et psychologique des personnes trans prennent des formes et des intensités différentes en fonction des caractéristiques de chacune des associations et notamment des partenariats établis entre les professionnels de santé et les associations trans revendiquant une position d'expertise. Nous retenons ici le principe de symétrie, qui attribue une égale valeur aux arguments avancés par les différents groupes (Latour, 1991 ; Pestre, 2007).

Méthode et objectifs

L'ethnographie des conférences médicales et scientifiques est une méthode qui a déjà été utilisée par différents auteurs (Memmi, 1996 ; Giami, 2009 ; Hodzic, 2013 ; Giami et al., 2015 ; Giami, 2018). Elle se rapproche de la méthode développée par Latour et Woolgar à propos de la « vie de laboratoire » (1979). Cette méthode d'enquête comprend des observations, consignées dans des carnets de terrain, ainsi que la réalisation d'entretiens formels ou informels avec les participants. Elle ne se résume pas à l'analyse des présentations scientifiques et prend en compte les débats et controverses qui se déroulent *in situ* à propos des communications scientifiques et mettent ainsi en scène des arguments d'ordre épistémique et axiologique (Knorr-Cetina, 1981). L'enquête de terrain comprend en outre la participation à des conversations de table ou de couloir et peut inclure la participation scientifique aux activités, ce qui constitue alors une forme de « participation observante »

(7) Le terme « dépathologisation » est utilisé par un certain nombre de militants et de chercheurs impliqués dans le mouvement *Stop Trans Pathologization* (Suess, Espineira, Walters, 2014). Il vise notamment à remettre en question les classifications diagnostiques actuelles des transitions de genre, à obtenir la *dépsychiatriation* des transitions (suppression de l'évaluation psychiatrique obligatoire pour accéder aux THC et reconnaissance de l'autodiagnostic des personnes trans) et à lutter pour la reconnaissance de la diversité des genres.

(Mendès-Leite, De Busscher, 1997). Elle prend en compte différentes dimensions d'interlocution, l'organisation et la distribution des séances et des prises de parole, la présence de partenaires industriels ou politiques, les affiches et le matériel visuel, les dîners de gala, etc. Tous ces éléments, qui constituent une forme de « paratexte » informant sur le statut des énoncés scientifiques, permettent de mesurer l'importance politique qui leur est attribuée dans ces mises en scène.

Dans le cas des conférences consacrées aux situations trans, le caractère public ou privé de l'évènement et la participation de différentes professions de santé ou d'autres professions comme les juristes ou les travailleurs sociaux, les hiérarchies existant entre ces différents groupes, le statut de la parole des uns et des autres et la participation des « patients » ou des représentants associatifs constituent des indicateurs de la légitimité des propos et de la nature des interactions et des controverses qui s'y déroulent. Nous avons maintenu l'anonymat des personnes, dans le cas de propos tenus en situation semi-privée.

Cinq conférences médico-scientifiques sont présentées et analysées. La première, internationale, est la Conférence 2016 de la WPATH, qui s'est déroulée à la *Vrije Universiteit* d'Amsterdam et a réuni, durant cinq jours, près de 800 participants. Les quatre autres sont des manifestations scientifiques de la SOFECT : le colloque national 2016 de l'association, qui s'est tenu à la faculté de droit de l'Université de Bordeaux ; une séance du séminaire *Psychiatrie Psychanalyse reloaded & Consultation dysphorie de genre* du Centre hospitalier Sainte-Anne (CHSA), en 2016 également, consacrée aux situations trans et intitulée « Pratiques médicales contemporaines : du transsexualisme aux dysphories de genre, retour d'expériences » ; un colloque sur la « dysphorie de genre » chez l'enfant et l'adolescent, organisé au campus des Cordeliers (faculté de médecine) à Paris par le pédopsychiatre Jean Chambry, membre du réseau parisien de la SOFECT, pour l'AFAR, une structure de formation continue à destination des professionnels de santé. Cette série d'observations ethnographiques a en outre été complétée par le dernier congrès de la SOFECT qui s'est tenu à Paris (Hôpital de la Pitié-Salpêtrière) au mois d'octobre 2018, auquel nous avons assisté et participé⁸. La diversité des manifestations scientifiques sélectionnées nous a ainsi permis d'observer différentes facettes des controverses portant sur l'accompagnement médical des situations trans : selon leur degré de « publicité » ou de « confinement » (Callon, Lascoumes, Barthe, 2001 ; Lemieux,

(8) Alain Giami y a présenté une communication.

2007). Selon que ces conférences réunissent exclusivement médecins et psychologues ou qu'elles s'adressent à un public plus vaste, la mise en scène des controverses prend des formes différentes et en révèle différents aspects.

À la WPATH : une mise en scène organisée des controverses

Soucieux de fédérer l'ensemble des participants au congrès, les organisateurs de cette conférence se sont employés à souligner comment l'évolution du positionnement des professionnels de santé vers la reconnaissance de la diversité de genre permettait désormais un certain consensus entre associations et professionnels à propos des protocoles d'accompagnement des personnes trans. Ils ont ainsi rappelé, tout au long de la conférence, les récentes prises de position de l'association, à savoir que « la psychothérapie ne peut être obligatoire » et que le rôle du psychiatre, qui doit « bannir le *gate-keeping* », est de conseiller la personne trans et de « confirmer son autodiagnostic ». Ils reconnaissent ainsi l'autonomie de décision de celles et ceux qu'ils veillent à ne pas appeler « patient(e)s » mais « client(e)s » dans la définition de leur identité de genre et prônent une « responsabilité partagée » de ceux-ci et des médecins tout au long du parcours de transition. Pourtant, l'ampleur des controverses internes à la WPATH reste trop importante pour que les organisateurs puissent les ignorer. Comme le dit le psychologue allemand Timo Nieder, cofondateur de la branche européenne de l'association (EPATH) et animateur de la première session : « Nous ne serions pas là si tout allait bien ».

Les controverses observées à la WPATH portent sur quatre thématiques principales : la place du diagnostic psychiatrique dans les protocoles médicaux de transition, les nomenclatures définissant les situations trans du point de vue médical, la reconnaissance de la diversité des identifications de genre et la discussion sur l'utilité clinique et sociale d'un diagnostic pour les enfants.

La place du diagnostic psychiatrique dans les protocoles médicaux de transition

Cette question suscite de nombreuses controverses entre professionnels de santé et associations de personnes trans, ces dernières étant révoltées par l'obligation de se soumettre à un diagnostic psychiatrique et à une période d'observation en vie réelle,

premières étapes obligatoires des protocoles médicaux de transition, validés par les systèmes d'assurance maladie en vigueur dans de nombreux pays, dont la France. Des associations, telles que *Transgender Europe* (TGEU), déplorent de nombreux aspects de ces protocoles et de leur application : délais trop longs, difficultés de remboursement par l'assurance-maladie ou encore attitudes de la part des médecins vécues comme transphobes (utilisation du masculin pour parler de ou à une femme trans ou l'inverse, questions intrusives et injustifiées, envoi du « client » dans une salle d'attente ne correspondant pas à son expression de genre etc.). Comme l'écrit un(e) participant(e) sur l'un des billets d'humeur que toute personne présente pouvait remplir et afficher à la cafétéria : « Ma vie n'adhère pas à vos protocoles ». Ou celui-ci : « Consentement éclairé – J'ai fait davantage de recherche que mon docteur – Laissez-moi choisir mon parcours de soins ! ». Plusieurs associations trans demandent ainsi que leur soit attribuée une place décisionnaire dans l'élaboration des différents protocoles nationaux

Diagnostics et nomenclatures

Si l'idée que les situations trans ne peuvent plus être considérées comme relevant des troubles mentaux semble désormais faire consensus parmi les médecins de la WPATH, il n'en est pas de même en ce qui concerne les implications cliniques et sociales de cette « dépathologisation ». En effet, quand les opposants à toute forme de pathologisation des situations trans refusent le diagnostic de « dysphorie de genre », certains de leurs confrères le défendent en affirmant qu'il serait nécessaire, d'une part, pour apaiser le patient en reconnaissant et en labellisant sa souffrance et, d'autre part, pour ouvrir l'accès aux traitements hormono-chirurgicaux (THC) et surtout à leur prise en charge par les assurances maladie. Ainsi, la controverse porte ici sur le maintien de la « dysphorie de genre » dans un chapitre des troubles mentaux ou sur la création d'une catégorie d'« incongruence de genre » qui serait incluse dans une nouvelle catégorie proposée par l'OMS dans la nouvelle version de la CIM : « problèmes associés à la santé sexuelle » (Coleman, Wylie, Coates *et al.*, 2017).

Le diagnostic d'« incongruence de genre » dans l'enfance

Ces controverses sont apparues de manière très nette dans le débat au sujet du diagnostic d'« incongruence de genre » des enfants prépubères (GIC pour *Gender Incongruence in Childhood*), qui semble

constituer une sorte de point de cristallisation des conflits autour de la dépathologisation des situations trans. Plutôt que d'éluder la controverse, la WPATH a choisi de la mettre en scène. D'une part, via une enquête parmi ses adhérents qui a permis de mettre en évidence l'importance du clivage les opposant, en deux parties égales, au sujet d'un tel diagnostic (Winter *et al.*, 2016) ; et, d'autre part, en conviant des intervenants favorables et opposés au diagnostic infantile à débattre durant la majeure partie de la journée plénière, afin de déterminer s'il est souhaitable ou non qu'il soit intégré à la prochaine version de la classification de l'OMS, la CIM 11 (Winter, 2017 ; Reed *et al.*, 2016 ; Drescher *et al.*, 2016 ; Drescher *et al.*, 2012 ; Winter *et al.*, 2016). Le contexte est tendu : avant le début des échanges, l'association trans militante internationale GATE (*Global Action for Trans* Equality*) distribue des badges estampillés « *I am against GIC – Ask me why !* ». Les défenseurs du GIC invités à s'exprimer sont le pédopsychiatre américain trans Nathaniel G. Sharon et le psychiatre australien cisgenre Morris Bersin. Les opposants, tous deux cisgenres, sont le pédopsychiatre sud-africain Simon Pickstone-Taylor et la psychologue britannique Sam Winter. Les partisans du GIC avancent plusieurs arguments. Sharon affirme tout d'abord qu'il serait irresponsable de se passer du diagnostic infantile : certains enfants font des tentatives de suicide ; il faut donc agir, ce que permet le diagnostic de GIC, « outil de progrès ». Bersin considère lui aussi que « supprimer le diagnostic ne soignera ni le stigmaté, ni le harcèlement » et qu'il importe de le faire entrer dans la CIM 11 pour permettre le remboursement des traitements mais aussi la recherche médicale et son financement. Tollé dans la salle.

Les opposants au GIC commencent quant à eux par rappeler que les associations trans se sont très majoritairement positionnées contre le diagnostic infantile, tout comme le Parlement européen⁹. Winter, qui porte le badge distribué par le GATE, considère que le diagnostic infantile est « médicalement non nécessaire » puisque aucun traitement hormonal n'est requis avant la puberté. Il conclut son intervention en martelant : « Il ne faut rien ajouter mais tout enlever ! Votez NON au GIC ! ». À la sortie de la salle, le GATE distribue une lettre ouverte à l'OMS, signée par des médecins membres de l'association, invitant les participants au congrès à signer à leur tour, en vue de la révision de la CIM. Outre de nombreuses propositions concernant les personnes trans adultes en matière de dépathologisation, la lettre appelle au retrait du projet d'intégration du

(9) Résolution de septembre 2015.

GIC et présente une proposition alternative mettant l'accent sur les Z Codes¹⁰.

Ainsi, publiciser les controverses qui animent cet univers, c'est-à-dire les reconnaître et les affronter publiquement, permet à la WPATH de se poser en leader de l'évolution vers la « dépathologisation » des situations trans, sans toutefois y adhérer complètement. Les observations qui précèdent montrent que le consensus n'est pas atteint et que, si la WPATH s'engage dans cette voie, une partie de ses membres tient toujours au maintien de la catégorisation actuelle des situations trans dans les classifications médicales internationales et au recours au diagnostic psychiatrique.

La diversité des identifications de genre

Dès la conférence inaugurale, une phrase de l'ancien président de l'association, le psychologue américain Walter Bockting, est citée à de nombreuses reprises : « Il n'y a pas qu'une seule façon d'être transgenre ». Les intervenants se succèdent pour appeler à mettre un terme à l'hétéronormativité dans la clinique et à situer l'accompagnement offert en dehors du binarisme de genre. Le psychologue allemand précédemment cité, qui défend l'idée de « *transgender umbrella* » comme catégorie pour rassembler la diversité des identités de genre (Davidson, 2007), relate les cas de patientes MtF affirmant : « Je suis une femme et j'ai un pénis. C'est donc un pénis de femme » ou « Je n'identifie pas mon pénis comme masculin ». Ce psychologue considère ainsi qu'il est désormais concevable qu'« une femme puisse prendre du plaisir avec son pénis », alors même que le fait d'utiliser sexuellement ses organes génitaux de naissance a longtemps été considéré, dans le modèle médical du « transsexualisme », comme un indice de « transsexualisme secondaire » (Stoller, 1978 [1968]), motivant le refus des médecins de permettre à la personne trans concernée d'accéder aux THC. Pour la WPATH, une telle

(10) Ce sont les codes de la CIM qui font référence à des facteurs et circonstances non pathologiques pouvant influencer la santé : <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/Z00-Z99> L'idée est de dépathologiser tout en garantissant la prise en charge des soins rendus nécessaires, non par une maladie, mais par ses facteurs et circonstances (ici, le regard social, la transphobie etc.). En 2012, le psychologue et activiste Tom Reucher avait proposé d'inclure les questions d'identité de genre dans cette catégorie (Reucher, 2012). L'OMS n'a pas retenu cette possibilité dans l'ébauche de la CIM 11.

personne doit pouvoir bénéficier de l'accompagnement médical (hormonal) dont elle considère avoir besoin, qu'elle demande une réassignation chirurgicale de sexe ou qu'elle souhaite conserver son pénis.

On observe ainsi, à la WPATH, davantage de consensus sur la reconnaissance de la diversité des identifications de genre et, à l'inverse, un très large débat sur la question de l'abord psychiatrique des situations trans, en particulier sur les situations impliquant des enfants pré-pubères. La reconnaissance de la diversité des identifications de genre n'excluant pas, *a priori*, la possibilité d'un accompagnement psychiatrique.

Débats et controverses à la SOFECT : l'amorce d'une transition ?

Le congrès 2016 de la SOFECT s'est tenu dans un contexte marqué par des débats publics particulièrement vifs en France, liés à la récente réforme de la législation relative au changement de sexe à l'état-civil des personnes trans¹¹. Le congrès a réuni environ 80 membres de l'association, médecins et psychologues en majorité. Les représentants associatifs trans n'ont pas été conviés à cette réunion qui s'est tenue dans la plus grande discrétion, sans aucune annonce sur les réseaux sociaux. Ceci met bien évidence que, contrairement à ce qui peut se pratiquer au sein de la WPATH, la SOFECT n'a pas, en 2016, de stratégie de collaboration avec les associations trans. Bien au contraire on assiste ici à une véritable stratégie d'évitement et la situation reste extrêmement conflictuelle, en dehors de quelques exceptions. Si cette édition du congrès a eu pour titre « Pluridisciplinarité et complémentarité », ceci doit s'entendre comme la volonté de reconnaître la légitimité des différentes spécialités médicales et psychologiques à prendre en charge le « transsexualisme » et la complémentarité entre elles, avec une ouverture nouvelle aux juristes, dans le contexte de réforme des critères permettant la modification de la mention de sexe à l'état-civil. Dès l'ouverture du congrès, le ton est donné par un psychiatre bordelais, co-organisateur du congrès qui, dans son allocution, explique que « le transsexuel est devenu une figure médiatique », semblant indiquer que d'autres groupes, tels que les journalistes, les militants ou les chercheurs en sciences humaines sont amenés à se saisir de la thématique et à « accuser » la médecine de

(11) Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du 21ème siècle.

« défendre des positions conservatrices ». Au moment du congrès, les débats et controverses se déroulent à l'extérieur de la SOFECT, notamment sur les réseaux sociaux. La SOFECT en est une des protagonistes. Au cours des deux années qui vont suivre, on va assister à une reprise de certaines de ces controverses au sein de la SOFECT et passer ainsi d'un consensus presque général à l'ouverture de divergences au sein de cette association.

Un consensus sur la nécessité d'un diagnostic psychiatrique

Le congrès national 2016 de la SOFECT a mis en évidence l'ancrage persistant de l'association dans le modèle médical du « transsexualisme ». Les intervenants n'ont certes pas parlé des personnes trans comme de « malades ». Des pédopsychiatres se sont d'ailleurs réjoui que les situations trans ne soient plus qualifiées de « trouble » et l'une d'entre eux d'ajouter, en citant une pré-adolescente trans : « Docteur, je suis une fille, on va pas en faire une maladie ! ». Cependant, les intervenants ont globalement réaffirmé la nécessité, selon eux, du maintien de l'abord psychiatrique des situations trans, qui serait rendu indispensable par les nombreuses « comorbidités » qu'ils constatent chez ceux qu'ils désignent comme leurs « patients », dont plusieurs psychiatres rappellent qu'ils constituent une « population lourde sur le plan psychiatrique ». L'une d'entre eux, sur le diaporama de son exposé, inclut l'expérience du travail du sexe dans sa liste des nombreux « antécédents psy » des personnes trans qu'elle a pu suivre.

Le « schéma global de la prise en charge médicale » défendu par la SOFECT¹² apparaît ainsi guidé par un maître mot, la prudence, que les médecins justifient par les caractéristiques de leurs « patients ». En plus de souffrir d'un certain nombre de troubles mentaux, ceux-ci seraient souvent « pressés », « formatés par les réseaux sociaux », ou encore « dans la toute-puissance » et la « pensée magique », car s'attendant à ce que la transition résolve « tous [leurs] problèmes » tout en considérant n'avoir « pas besoin de voir un psy ». Les praticiens sont donc pour le moins méfiants, vis-à-vis des personnes trans et plus encore à l'égard des associations trans qui « diffusent des informations sur les réseaux sociaux ». Ils redoutent de la part des « patients » des stratégies de contournement des équipes hospitalières

(12) Ce protocole est présenté en détails sur le site de la SOFECT : <http://www.sofect.fr/informations/prise-en-charge-medicale.html>

de la SOFECT : opérations chirurgicales réalisées en Thaïlande ou en Espagne après obtention du certificat psychiatrique en France, consultation d'un endocrinologue libéral pour obtenir un traitement hormonal. Dans ce contexte, les différentes étapes du protocole et leur suivi dans le cadre d'une équipe dûment labellisée sont présentés comme étant destinés à réduire de tels risques pour les personnes. Au-delà des débats strictement cliniques, on observe ainsi que d'autres dimensions sociales et politiques travaillent ces débats : la question du monopole et de l'hégémonie des équipes hospitalières ainsi que la question de la prise en charge par l'assurance maladie.

La démedicalisation du changement d'état-civil

En raison de la récente modification des critères de changement de la mention de sexe à l'état-civil et de la suppression de l'obligation, pour l'obtenir, d'avoir subi des interventions chirurgicales génitales (stérilisation et/ou réassignation), les organisateurs de ce congrès ont décidé d'ouvrir une session intitulée « Droit », donnant la parole à des juristes, qui ne cachent pas leur malaise vis-à-vis de la nouvelle législation et de la situation dans laquelle ils sont désormais placés.

Après avoir donné lecture du nouveau texte, une magistrate déclare ainsi : « Pardonnez-moi, mais (...) quand même, ne même plus exiger la stérilisation, ni traitement et se baser sur la simple déclaration¹³... C'est une révolution ! ». Pour certains médecins présents, si « maintenant, c'est le juge qui fait le diagnostic différentiel », comme le dit l'un d'entre eux, il faut s'attendre à une augmentation des demandes de transition médicale, celles des personnes trans dont le changement d'état-civil aurait déjà été effectué, qui souhaiteront obtenir un sexe conforme au genre qui leur est légalement reconnu. Une chirurgienne répond à cela que le changement d'état-civil ne constituera pas un « bon pour opérer » et que le patient devra tout de même se soumettre à une année d'observation en vie réelle.

(13) Il convient de rappeler toutefois que la récente évolution législative n'a pas rendu le changement de sexe à l'état-civil purement déclaratif. La personne qui en fait la demande doit toujours adopter une présentation de soi conforme aux représentations dominantes du genre revendiqué, entre autres critères. Mais le fait d'avoir subi des traitements médicaux (hormonothérapie, stérilisation, chirurgie de réassignation de sexe) n'est plus requis.

Un rapprochement progressif avec les standards internationaux

Si, lors du congrès national de la SOFECT, ses membres avaient maintenu les positions traditionnelles de traitement du « transsexualisme », un changement est cependant observable au sein de l'équipe parisienne de l'association. Lors des deux manifestations parisiennes observées, les organisateurs vont tenter de sortir les controverses du confinement qui prévalait lors du congrès national de l'association pour s'en saisir ouvertement.

Il semble tout d'abord entendu, pour l'ensemble des intervenants à ces deux manifestations, qu'« on ne parle plus de trouble pathologique ». Plusieurs d'entre eux considèrent d'ailleurs que le maintien de la notion de « dysphorie de genre » dans le DSM-5 (APA, 2013) se justifierait principalement pour permettre le remboursement des traitements par les systèmes d'assurance-maladie des différents pays. Les intervenants montrent qu'ils sont conscients du poids des mots et essayent de se mettre au diapason des standards sémantiques internationaux. Particulièrement lors du colloque de l'AFAR, où certains praticiens ont veillé à ne plus utiliser, dans leurs exposés, le terme de « transsexualisme » dont ils reconnaissent qu'il est associé à ce que la médecine a longtemps défini comme une pathologie, au profit de celui de « dysphorie de genre ». Certes, il ne semble pas question, en France, de parler de « clients » plutôt que de « patients ». Des expressions telles que « une FtM¹⁴ » sont toujours utilisées par certains intervenants, contrairement aux préconisations internationales qui appellent à désigner les personnes trans dans leur genre souhaité. Mais le changement de ton est palpable. Ces évolutions et ces incertitudes sémantiques donnent à voir le dilemme dans lequel les membres de cette association se trouvent, entre le fait de tenir à des convictions cliniques et scientifiques, une longue expérience clinique pour certains et la nécessité de s'adapter aux « évolutions sociétales » (qui sera d'ailleurs le titre d'une session du congrès 2018) et d'ouvrir le dialogue avec les représentants des organisations trans.

Contrairement au congrès de Bordeaux où la WPATH avait été à peine mentionnée, les réunions parisiennes de la SOFECT ont été marquées par de nombreuses références à « ce qui se pratique dans la communauté européenne ou anglo-saxonne », au regard de laquelle le

(14) Pour une transition « *female to male* », soit du genre féminin vers le genre masculin. À l'inverse, « *MtF*, pour « *male to female* », désigne une transition du genre masculin vers le genre féminin. Ainsi, parler « d'une FTM » revient à désigner une personne de genre masculin par un pronom féminin.

décalage avec l'accompagnement médical proposé en France a été souligné. À plusieurs reprises, les intervenants ont ainsi fait référence aux SOC en expliquant leur influence sur les évolutions du protocole médical appliqué par les équipes parisiennes. La durée de la période d'observation en vie réelle a ainsi été réduite à un an, contre deux auparavant. De la même manière, des psychologues de l'équipe parisienne ont souligné l'évolution des approches psychiatriques vers un accompagnement psycho-social qui serait passé d'une évaluation des patients par les médecins dans le but d'accepter ou de refuser de prescrire les THC, à une « codécision médicale » prise entre médecins et patients. Les membres du réseau parisien de la SOFECT paraissent ainsi vouloir indiquer qu'ils seraient en cours d'évolution vers l'adoption des recommandations de la WPATH. On assiste ici à une première ébauche de divergences internes à la SOFECT.

L'évolution du rapport aux associations trans

On observe une différence importante entre le congrès national 2016 de la SOFECT et les manifestations du réseau parisien concernant les relations avec les associations trans. Alors que ces relations étaient placées sous le signe de la méfiance lors du congrès national, lors du colloque de l'AFAR, le réseau parisien a invité la porte-parole de l'association Inter-LGBT à venir s'exprimer. La militante a rappelé qu'en raison d'un « historique douloureux », les relations sont pour le moins difficiles entre la SOFECT et les associations trans. Elle a dénoncé ensuite le « bouclier thérapeutique »¹⁵ dressé par les psychiatres français, qui contrôlent l'accès au protocole proposé par les équipes hospitalières, puis affirmé aux médecins que leur rôle est « d'accompagner » et non pas de « décider pour les personnes trans ». Alors que, tout au long de la journée, la SOFECT venait de s'employer à faire la démonstration de son ouverture à une évolution des pratiques médicales dans le domaine des situations trans, ce discours à charge, qui a rappelé l'ampleur des controverses, a paru injuste et a suscité le rejet d'une partie de l'assistance. Le propos de l'intervenante a été perçu comme daté et les maltraitements médicaux dénoncés ont été perçus par les médecins présents comme appartenant au passé. Une pédiatre membre de la SOFECT lui a ainsi répondu que le type d'accompagnement qu'elle

(15) Le « bouclier thérapeutique » est une expression de l'anthropologue et militante trans Karine Espineira (2011).

préconise correspond justement à ce qui est proposé désormais. Lorsqu'une pédopsychiatre dans la salle l'interpelle en déclarant : « Faites-nous confiance, on n'est pas vos ennemis », l'assistance applaudit. Et la présidente de la SOFECT de conclure la session par ces termes adressés aux associations trans : « On a fait notre révolution. . . On vous demande de faire la vôtre aussi ! ». C'est donc bien une « révolution » qui se déroulerait à la SOFECT selon ses membres. Une « révolution » qui bute toutefois sur l'abandon des examens psychiatriques qui n'est pas envisagé non plus lors de ce colloque portant sur les enfants et adolescents trans. En effet, tous les intervenants se disent opposés à un tel abandon qui ouvrirait la possibilité d'une simple confirmation de l'autodiagnostic du (jeune) patient, ce qui semble impensable actuellement.

L'émergence des débats sur la diversité des identités de genre

Dans les équipes hospitalières, la prise en charge des personnes trans non-binaires est encore très peu développée et suscite même du malaise. L'observation suivante en donne une première idée : les seuls propos franchement opposés à la reconnaissance des identités de genre non-binaires entendus lors de la conférence d'Amsterdam ont été prononcés par un pédopsychiatre lacanienne française, membre de la SOFECT, lors d'un échange informel. Évoquant le nombre croissant de jeunes patients de ce type, elle déclare : « Moi, ça me pose quand même problème. . . ! Ils veulent tout ! Un pénis et un vagin ! Ils veulent aller sur Mars, aussi ? Pour moi, je trouve que certains sont quand même dans la toute-puissance infantile. . . ».

La thématique n'a pas été inscrite au programme du Congrès de Bordeaux. Les identités de genre non-binaires y ont été plusieurs fois évoquées, avec étonnement et parfois consternation. Elle a également été abordée durant un atelier consacré aux « cas complexes », à travers la situation d'un homme trans souhaitant conserver son vagin, « pour s'en servir dans sa sexualité », était-il précisé. Cette demande a été refusée par l'équipe médicale. Et un des psychiatres fondateurs de la SOFECT de rappeler : « C'est au menu, pas à la carte », signifiant par là qu'une transition ne peut être que « complète », c'est-à-dire devant aboutir à une réassignation des organes génitaux. La question du remboursement des « transitions partielles » par l'assurance-maladie a enfin été soulevée par une endocrinologue, semblant sous-entendre que de telles demandes seraient moins légitimes pour envisager une prise en charge que les transitions « complètes » qui caractérisent le modèle du « transsexualisme ».

Néanmoins, ces demandes « d'un nouveau genre », selon l'expression d'un psychiatre présent au congrès, poussent les médecins de la SOFECT à s'interroger : « Est-ce que la demande chirurgicale signe le vrai transsexuel ? Et comment appeler les autres ? Est-ce un transgenre ? Doit-on les considérer comme des personnes ayant dépassé le genre ? ». Un flot de questions, donc, sur une thématique que la SOFECT semble commencer à aborder.

La séance du séminaire de psychiatrie du CHSA consacré à la « dysphorie de genre » a donné à entendre un discours très différent quant au(x) genre(s) alternatif(s). La question des « demandes partielles »¹⁶ est abordée dès l'introduction de la séance, au sujet desquelles l'orateur, un psychiatre parisien co-organisateur de l'événement, admet que « la médecine française a du mal à s'ajuster », notamment en raison des questions que se posent les médecins sur les formes alternatives non-binaires des expressions de genre et sur la vie sexuelle de ces personnes. De même, la référence du DSM-5 à un « genre alternatif » est rappelée à plusieurs reprises au cours de la séance. Ainsi, bien que la thématique de la non-binarité n'ait pas été traitée de façon approfondie, les intervenants, membres de l'équipe parisienne de la SOFECT, paraissent néanmoins lui reconnaître un intérêt qui était loin d'être acquis au congrès national de l'association.

C'est également le cas dans les propos de ce chirurgien parisien, dans un entretien recueilli par les psychosociologues Pascale Molinier et Camille Ducellier, publié en 2016 (Molinier, Ducellier, 2016) : « [Jusqu'à présent,] On a fait un choix d'aider le vrai 3^e sexe (...). Mais par contre les autres, on leur ferme la porte. (...) Là où il y a 15 ans, c'était révolutionnaire de faire ça, maintenant ça ne suffit plus. Aujourd'hui, c'est inadmissible d'aller vérifier que quelqu'un (...) veut aller jusqu'au bout d'une transformation qu'on lui propose, j'ai envie de dire qu'on lui impose... (...) Nous, on ne s'occupe que de deux cases, les MTF et FTM, alors qu'il y a autant de cases que de gens. (...) On a un effort à faire pour ouvrir nos champs d'action. On ferme la porte à beaucoup trop de monde ». Cette mission ne semble pas avoir été intégrée à la récente « révolution » de la SOFECT, qui n'a pas élaboré de protocole pour l'accompagnement de cette catégorie de personnes trans. Mais l'on observe toutefois une amorce de réflexion sur cette question, au sein de l'équipe médicale parisienne. Une réflexion qui est reflétée par son récent changement de nom, survenu en 2017, la dernière lettre de l'acronyme ne renvoyant plus au terme de

(16) Encore lors du colloque de la SOFECT d'octobre 2018, un psychiatre parisien a proposé une intervention sur le thème « Non-binarités et demandes partielles ».

« transsexualisme » mais à celui de « transidentité », dans lequel on peut lire une volonté de reconnaissance de la diversité des identifications de genre, mais aussi peut-être une tentative de rapprochement avec les associations trans qui défendent cette expression¹⁷.

Conclusion

Retour sur les controverses

Les débats et controverses que nous avons pu observer sur le vif portent sur les modes de désignation des personnes et la nécessité des pratiques psychiatriques pour ouvrir l'accès aux THC dans le cadre des systèmes de santé reconnus par l'Assurance-maladie. L'ethnographie des conférences a permis d'identifier au plus près les divergences et les controverses qui n'apparaissent pas toujours de façon aussi visible dans les textes scientifiques et les résolutions consensuelles et ainsi de dessiner les lignes d'évolution et de résistance aux changements en cours.

En prenant explicitement position en faveur de la dépathologisation des situations trans et de la reconnaissance des identifications de genre non binaires dès 2010, s'emparant ainsi d'une forme de leadership dans ces questions, la WPATH s'est positionnée au plan international comme un *acteur* clé du passage au modèle « trans ». À l'inverse, en France, la SOFECT, qui reste la cible principale des attaques de certaines associations trans, semble tenter de *s'ajuster* aux transformations portées par les standards internationaux, tout en conservant la centralité et l'hégémonie de la dimension médicale dans l'organisation des soins et en maintenant son « schéma global de la prise en charge ». Des évolutions semblent néanmoins se dessiner, avec l'arrivée d'une nouvelle génération de psychiatres plus ouverts sur l'international, confrontés de façon plus importante aux demandes non-binaires et à l'expression de la diversité des identifications de genre. En effet, outre le changement de nom de l'association, la reconnaissance plus explicite de l'importance des SOC de la WPATH comme mode d'organisation des protocoles de soins reflète l'influence

(17) Voir sur ce point le site web de la SOFECT où l'on observe que le « Schéma global de la prise en charge médicale » maintient le parcours classique de la transition d'un sexe à un autre : <http://www.sofect.fr/informations/prise-en-charge-medicale.html>. Consulté le 19 avril 2018.

des débats internationaux et de la demande de soins formulée par les « patients », avec des variations qui paraissent encore importantes selon les équipes locales.

On se trouve dans un contexte de renouvellement où la notion d'« incongruence de genre » est en passe d'être adoptée dans une nouvelle catégorie de « troubles associés à la santé sexuelle » dans la CIM-11 et où, en France, la notion de « transidentité » a été adoptée par la SOFECT. On note ici que le choix du terme de « transidentité » se situe toujours en marge des propositions de la WPATH et de l'OMS et reste ainsi ancré dans un contexte politique local. Paradoxalement, et en dépit de la situation conflictuelle, la SOFECT a adopté le principal terme retenu par les associations trans.

Deux modes de gestion des controverses

Nous avons ainsi observé deux modèles d'évolution des conceptions des situations trans et de leurs traitements, fondés sur deux types de relations entre les représentants des professionnels et des associations trans. Dans le cas de la WPATH, un partenariat de longue date, marqué par la professionnalisation des activistes trans et l'engagement d'une fraction des professionnels, a permis l'émergence d'un modèle de soins et d'accompagnement qui fait autorité et qui est en passe d'être adopté par l'OMS. Cependant, les débats et controverses internes mettant parfois en évidence des clivages importants, comme dans le cas du diagnostic de GIC pour les enfants, restent très vifs. Dans ce cas, la controverse a été mise en scène avec la production et la publication d'une enquête sur les opinions des membres de la WPATH et les débats continuent. En développant l'hybridation en son sein, la WPATH est ainsi parvenue à « reconfiner » les controverses autour de l'accompagnement médical et psychologique des situations trans. Elle semble ainsi se rapprocher d'un possible point de résolution, ou du moins d'apaisement, qui intervient dès lors qu'une controverse est « reconduite avec succès à l'intérieur d'un espace institutionnel donné, où un cercle de pairs peut à nouveau se revendiquer son seul juge » (Lemieux, 2007 : 17).

La SOFECT tente également de réaliser cette opération de résolution des controverses en les ramenant dans son giron. En effet, celles-ci se sont longtemps déroulées à l'extérieur de l'association (au sein de l'administration centrale, au Conseil d'Etat, entre les associations trans, dans les structures de santé publique) alors qu'un certain consensus marquait les débats internes jusqu'à présent. Conscient des recommandations internationales qui préconisent la

collaboration avec les associations de personnes trans, le réseau parisien de la SOFECT tente d'entamer le dialogue avec ces dernières. Cependant, en dépit de l'adoption du terme de « transidentité » dans son intitulé, son offre de soins et le « schéma global de la prise en charge » n'ont pratiquement pas changé. Et aucun partenariat avec les associations trans, qui leur accorderait un rôle dans la prise de décision, ou au moins consultatif, concernant la prise en charge médicale des situations trans, ne semble envisagé. Pour leur part, les associations trans continuent d'exprimer des critiques virulentes contre les pratiques cliniques de la SOFECT, notamment sur les réseaux sociaux¹⁸.

Tout récemment, lors du congrès 2018 de la SOFECT, on a assisté à des changements importants, notamment avec l'émergence d'une prise en compte des situations trans non-binaires alors que, jusque-là, seuls les parcours de transition inscrits dans une perspective de changement de sexe étaient considérés comme légitimes et preuve d'un « vrai transsexualisme ». Un autre changement important a consisté en une discussion ouverte sur les questions de procréation médicalement assistée. Mais en dépit de la prise en compte de ces « évolutions sociétales » par les professionnels de la SOFECT, ce congrès a donné lieu à des manifestations d'hostilité de la part d'une association trans qui a réuni environ 80 personnes devant l'entrée de l'amphithéâtre de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière. La veille, quelques militants trans, ne se réclamant d'aucune organisation, étaient intervenus inopinément dans la salle de conférence, avaient interpellé les participants et demandé la dissolution de la SOFECT, dont ils contestent l'expertise. Considérant n'avoir « rien à dire à la SOFECT », ils ont conseillé aux personnes présentes de rejoindre des réseaux de soin alternatifs¹⁹, dans lesquels les associations trans travaillent en collaboration avec des professionnels de santé « bienveillants » qu'elles ont elles-mêmes « formés », en tant que seules « expertes » légitimes des situations trans. En l'absence de protocoles médicaux de transition codécidés par des associations trans, autrement dit en l'absence d'une réelle hybridation des structures d'accompagnement des situations trans dès leur constitution, les militants ont clairement exprimé leur refus de dialoguer avec les professionnels de santé de la SOFECT. Le rapprochement de la SOFECT avec les recommandations de la WPATH n'a pas semblé faciliter le dialogue pour l'instant.

(18) Voir par exemple : www.komitid.fr/2018/05/02/parcours-trans-sofect/. Consulté le 04 mai 2018.

(19) Tels que le réseau RespecTrans ou l'Espace Santé Trans (EST).

On voit ainsi comment les relations entre associations professionnelles et associations trans fonctionnent de manières différentes, allant du partenariat institué de façon interne dans le cas de la WPATH, à une opposition ouverte dans le cas de la SOFECT, qui reste fondée sur la négation des compétences de l'autre camp. Alors que l'hybridation est une dimension qui permet de structurer des débats intenses et conflictuels à l'intérieur de la WPATH, le clivage reste presque absolu en France entre la SOFECT et les associations trans, la première tentant d'entamer un dialogue que les secondes refusent au motif qu'il est proposé *a posteriori* de l'élaboration de protocoles de soins pour lesquels elles n'ont pas été consultées et qu'elles contestent. Les médecins, pour leur part, s'en tiennent aux exigences de l'éthique médicale française et à leurs responsabilités pénales.

Dans ce contexte, les controverses ne semblent pas, pour l'instant, pouvoir déboucher sur des partenariats et des collaborations instituées en vue de l'amélioration de l'accompagnement des situations trans. Plus de six ans après la publication du rapport de l'IGAS et de l'article de Bujon et Dourlens (2012), qui faisaient le constat des difficultés de communication entre les différents protagonistes du dispositif trans en France, celui-ci semble toujours marqué par une situation de blocage. Cette situation ne se retrouve pas dans les autres pays que nous observons (Brésil, Italie, Norvège) où les collaborations entre les professionnels de santé et les représentants des associations trans se développent depuis de nombreuses années.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alessandrin A., 2014. Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-logos*.
- Alessandrin A., 2012. Le transsexualisme : une catégorie nosographique obsolète ». *Santé publique* 24 (3), 263-268. [<https://doi.org/10.3917/spub.123.0263>].
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Benjamin H., 1966. *The transsexual phenomenon*. New York, The Julian Press.
- Boltanski L., Thévenot L., 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris, Gallimard.

- Bujon T., Dourlens C., 2012. Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la questio trans. *Sciences sociales et santé* 30 (2), 33-58. [<https://doi.org/10.3917/sss.303.0033>].
- Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris, Seuil.
- Castel P.-H., 2003. *La métamorphose impensable : essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*. Paris, Gallimard.
- Cauldwell D. O., 1950. *Questions and answers on the sex life and sexual problems of trans-sexuals*. Girard, Kansas, Haldeman-Julius Publications.
- Coleman E., Wylie K., Coates R., Rubio-Aurioles E., Hernandez-Serrano R., Wabrek A., *et al.* 2017. Commentary: Revising the International classification of diseases (ICD-11) and improving global sexual health: Time for an integrated approach that moves beyond the mind-body divide. *International Journal of Sexual Health* 29 (2), 113-114. [<https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1311126>].
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P., De Cuypere G., Feldman J. L., *et al.* 2011. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism* 13, 165-232. [<https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>].
- Davidson M., 2007. Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender. *Sexuality Research & Social Policy* 60 (4). [<https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.60>].
- Dodier N., Barbot J., 2016. La force des dispositifs. *Annales. Histoire, Sciences sociales* 71(2), 421-450. [<https://doi.org/10.1353/ahs.2016.0064>].
- Drescher J., Cohen-Kettenis P., Reed G., 2016. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal and rationale. *The Lancet Psychiatry* 3(3), 297-304. [[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)].
- Drescher J., Cohen-Kettenis P., Winter S., 2012. "Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11". *International Review of Psychiatry* 24(6), 568-577.
- Drescher J., 2010. Transsexualism, gender identity disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 14(2), 109-122. [<https://doi.org/10.1080/19359701003589637>].

- Espineira K., 2011. Le bouclier thérapeutique : discours et limites d'un appareil de légitimation. *Le sujet dans la cité* 1(2) : 189-201.
- Espineira K., Thomas M.-Y., Alessandrin A., 2012. *La transyclopédie. Tout savoir sur les transidentités*. Paris, Editions Des ailes sur un tracteur.
- Garfinkel H., 1967. *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Giambi A., 2018. L'invention des médicaments des troubles féminins du désir : controverses autour de la sexualité féminine. In Gardey D., Vuille M. (eds.) *Les sciences du désir. La sexualité féminine - de la psychanalyse aux neurosciences*. Lormont, Editions Le bord de l'eau, 107-125.
- Giambi A., 2012. Médicalisation et dépathologisation des identités trans : le poids des facteurs sociaux et économiques. *Sciences sociales et santé*, 30(3), 59-69. [<https://doi.org/10.3917/sss.303.0059>].
- Giambi A., 2011. « Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers ». *Information Psychiatrique* 87 (4), 269-277.
- Giambi A., 2009. Ethnographie d'une conférence médico-scientifique : l'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la sexologie. *Revue Sociologie Santé* 30, 187-210.
- Giambi A., Perrey C., De Oliveira Mendonça A., Rochel de Camargo K., 2015. Hybrid forum or network? The social and political construction of an international 'technical consultation': male circumcision and HIV-prevention. *An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(5-6), 589-606. [<https://doi.org/10.1080/17441692.2014.998697>].
- Halberstam J., 1998. *Female masculinity*. Durham, Duke University Press.
- Hausman B., 1995. *Changing sex. Transsexualism, technology, and the idea of gender*. Durham, Duke University Press.
- Haute Autorité de Santé, 2009. *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme en France*. Paris, HAS.
- Hérault L., 2004. « Constituer des hommes et des femmes : la procédure de transsexualisation ». *Terrain* 42, 95-108. [<https://doi.org/10.4000/terrain.1756>].
- Hirschauer S., 1997. The medicalization of gender migration. *The International Journal of Transgenderism* 1(1).

- Hodzic S., 2013. Ascertaining deadly harms: Aesthetics and politics of global evidence. *Cultural anthropology* 28(1), 86-109. [<https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2012.01174.x>].
- Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2011. *Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme*. Paris, La documentation française.
- Knorr-Cetina K., 1981. *The manufacture of knowledge. An essay on the constructivist and contextual nature of science*. Oxford, Pergamon.
- Latour B., 1991. *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*. Paris, La Découverte.
- Latour B., Woolgar S., 1979. *Laboratory life: The social construction of scientific facts*. Beverly Hills, Sage Publications.
- Lemieux C., 2007. A quoi sert l'analyse des controverses ? *Mil Neuf Cent. Revue d'histoire intellectuelle* 251 (1), 191-212.
- Marchand J.-B., Pelladeau E., Pommier F., 2015. Du transsexualisme à la dysphorie de genre : regroupement ou amalgame. *L'évolution psychiatrique* 80(2), 331-348. [<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.01.006>].
- Memmi D., 1996. *Les gardiens du corps. Dix ans de magistère bio-éthique*. Paris, EHESS.
- Mendès-Leite R., De Busscher P.-O., 1997. *Micro-géographie sexographique de deux back-rooms parisiennes*. Lille, Cahiers Gai-Kitsch-Camp.
- Meyerowitz J., 2004. *How sex changed. A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, Harvard University Press.
- Molinier P., Ducellier C., 2016. Ethique, sexe et scalpel. Considérations d'un chirurgien sur la prise en charge du transsexualisme. *Corps & Psychisme* 2(2), 151-165.
- Peeters H., Charlier P., 1999. Contribution à une théorie des dispositifs. *Hermès* 25(3), 15-23.
- Pestre D., 2007. L'analyse des controverses dans l'étude des sciences depuis trente ans. Entre outil méthodologique, garantie de neutralité axiologique et politique. *Mil Neuf Cent. Revue d'histoire intellectuelle* 25(1), 29-43.
- Reed G., Drescher J., Krueger R., Atalla E., Cochran S., First M., et al., 2016. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD11: revising the ICD10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 15, 205-221. [<https://doi.org/10.1002/wps.20354>].

- Reucher T., 2012. Dépsychiatriser sans démedicaliser : une solution pragmatique. In Thomas M.-Y., Espineira K., Alessandrin A., (eds.) *Cahiers de la transidentité 1*. Paris, L'Harmattan, 41-49.
- Rubin G., 1984. Thinking sex. Notes for a radical theory of the politics of sexuality. In Vance C. (ed.) *Pleasure and danger. Exploring female sexuality*. Boston, Routledge & K. Paul, 143-178.
- Schilt K., Westbrook L., 2009. Doing gender, doing heteronormativity: "Gender normals," transgender people, and the social maintenance of heterosexuality. *Gender & Society* 23(4), 440-464. [<https://doi.org/10.1177%2F0891243209340034>].
- Stoller R., 1978 [1968]. *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*. Paris, Gallimard.
- Suess A., Espineira K., Walters P. G., 2014. Depathologization. *TSQ* 1 (1-2), 73-77.
- Winter S., 2017. Gender trouble: The World Health Organization, the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11 and the trans kids. *Sexual Health* 14(5), 423-430. [<https://doi.org/10.1071/SH17086>].
- Winter S., De Cuypere G., Green J., Kane R., Knudson G., 2016. The proposed ICD-11 gender incongruence of childhood diagnosis: A World Professional Association for Transgender Health membership survey. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1605-1614. [<https://doi.org/10.1007/s10508-016-0811-6>].

ABSTRACT

**Controversies in the management of trans situations:
An ethnography of medical-scientific conferences**

This article is based on an ethnography of the medical-scientific conferences of two organizations, one international (World Professional Association for Transgender Health; WPATH), which brings together, in a long-term partnership, health professionals and trans activists, and the other French (Société d'étude et de prise en charge de la transidentité; SOFECT), which only assembles health professionals. This ethnography highlights the dynamics of the controversies that oppose these two categories of actors in the evolution of the support of trans people, which mainly concern the psychiatric approach to trans situations and the recognition of the diversity of gender identifications. The contrast between the characteristics of the WPATH (a hybrid forum) and the SOFECT (a professional association) allows us to observe the different rhythms and intensities of these controversies. The article highlights two ways of managing controversies based on two types of relations between the representatives of health professionals and trans associations.

Key words: *transgender, medicalization, medical classifications scientific controversies.*