



La santé trans : enjeux et perspectives de santé publique en contexte occidental contemporain

Anna Baleige

► To cite this version:

Anna Baleige. La santé trans : enjeux et perspectives de santé publique en contexte occidental contemporain. Santé. Université François Rabelais - Tours, 2025. Français. NNT : 2025TOUR2003 . tel-05304418

HAL Id: tel-05304418

<https://theses.hal.science/tel-05304418v1>

Submitted on 8 Oct 2025

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.

UNIVERSITÉ DE TOURS

ÉCOLE DOCTORALE : Humanités & Langues – H&L

Équipe d'Accueil EA7505
« Éducation Éthique Santé » (EES)

THÈSE

présentée par :

Anna DOKCHINE

soutenue le : **16 juillet 2025**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Tours**

Discipline : Sciences de la Vie et de la Santé

Spécialité : Santé Publique

La santé trans *Enjeux et perspectives de santé publique en contexte occidental contemporain*

THÈSE dirigée par :
DENIS Frédéric

D.M.D., Ph.D., HDR, Université de Tours

PRÉSIDENT DU JURY :
ROCHEFORT Gael

M.D., Ph.D., HDR ; Université de Tours

RAPPORTEURES :
GROSS Olivia
PRÉAU Marie

Ph.D., HDR ; Université Sorbonne Paris Nord
Ph.D., HDR ; Université Lyon 2

JURY :
DENIS Frédéric
GIRARD Gabriel
GROSS Olivia
PRÉAU Marie
ROCHEFORT Gael

D.M.D., Ph.D., HDR ; Université de Tours
Ph.D ; Université Aix Marseille
Ph.D., HDR ; Université Sorbonne Paris Nord
Ph.D., HDR ; Université Lyon 2
M.D., Ph.D., HDR ; Université de Tours

MEMBRE INVITÉ :
RUSCH Emmanuel

M.D., Ph.D., HDR ; Université de Tours

- REMERCIEMENTS -

Je tiens à remercier chaleureusement Frédéric Denis pour avoir accepté de diriger ce travail de recherche, pour son professionnalisme et sa disponibilité, et pour avoir participé à forger mon discours scientifique et ma position de chercheuse.

Merci à Marié Préau & Olivia Gross d'avoir accepté d'en être rapporteuses et de me faire l'honneur d'évaluer ce travail.

Merci à Gabriel Girard et l'ensemble du jury de juger mon travail et de me permettre de rejoindre la courte liste de personnes trans titulaires d'un doctorat de recherche.

Je tiens à remercier tout particulièrement Mathilde Guernut pour son expertise en sciences du langage. Merci pour ta disponibilité, ton engagement, et tes apports sans lesquels ce travail n'aurait pas été ce qu'il est.

Merci à l'ensemble de mes co-autrices de m'avoir fait profiter de vos opportunités et expertises et m'avoir aidée à ancrer ces travaux.

Merci aux personnes des communautés trans que j'ai pu croiser, aux associations et collectifs de terrain qui œuvrent tous les jours à nous maintenir en vie et rendre nos existences belles, ceux qui m'ont inspirée, questionnée, servie d'exemples, soutenue, et motivée. Ce travail n'aurait pas été possible sans votre soutien et le partage de vos savoirs.

Merci à Transgender Europe d'avoir cru en moi et d'avoir participé à me forger une identité de chercheuse communautaire. J'en profite pour témoigner toute mon admiration et mon amitié à la docteure Amanita Calderón-Cifuentes à la fois pour l'inspiration qu'elle a été dans ce travail, mais aussi pour la personne qu'elle est.

Merci aux milieux alternatifs, aux communautés punk, anarchistes, aux free parties, aux squats, aux Z.A.D., aux collectifs auto-gérés, à ceux qui organisent des concerts, regroupements, actions, et manifestations, qui écrivent des zines, qui communiquent sur leurs savoirs et leurs vécus, aux meufs vnr, riot grls et au milieu queercore, et tous ces endroits et ces personnes que j'ai pu rencontrer qui m'ont non-seulement soutenue, mais aussi inspirée, et où on a éprouvé ensemble les normes sociales et leurs impacts. Ce sera toujours un plaisir de passer la nuit à discuter, les pieds gelés, trempés par la rosée.

Formaliser des savoirs communautaires subjugués paraît par moments une initiative futile qui n'aurait jamais eu de sens si vous n'aviez pas été là.

Ce fût un bonheur de pouvoir consacrer plusieurs années de ma vie à travailler et réfléchir sur mes propres conditions d'existence.

This is our scene
Our outlet, our thing
Sticking together
We did it ourselves
Craving Justice
We had enough, Screaming

Only to be talked over by the cistem
Eye for an eye
Exhausted to explain
That we are deserving of respect

This is our scene
A place we can be
Loud and Proud
Cus we did it all by ourselves

Fuck what they think
They will never understand
When we claim our humanness
When we claim our humanness
We fought for this place with such violence
We're no longer voiceless
We're no longer voiceless

You can't kill us
You can't kill us
We die and reborn
Yet, we live forever
Queercore uproar
Queercore uproar
We embrace what we truly love
And who we truly are

Shooting Daggers,
You can't kill us,
Athame, 2022.

T'es qui toi ?
Pour me voir comme pas méritante,
Des mêmes droits que toi,
Qui n'en sont même pas.
À ce compte-là,
Ce sont des privilèges !
Crève, crève, crève, crève le patriarcat.

#

Trholz,
Crève le patriarcat,
Première Pierre, 2023

Et j'ai perdu tellement de temps à attendre
Regarde dans mes yeux si tu veux me comprendre

On a douté, sous-estimé la cause
On a plongé profond dans la psychose
On a cravaché, méprisé la pause
On s'est imposé sous pression qui nous expose

εχω ενα δακρυ μια κραυγη και λιγη φωτια
μου δινουνε δυναμη πλαθω φτερα
εχω ενα "τωρα" λιγα "μπορει" και πολλα "μετα"
στο χρονο που τρεχει αλλαζω φορα

#

Krav Boca & 0-100 σειρένε,
Underdogs,
6AM, 2023.

RoMANTiSEZ

PAS

L'HoRREuR

TouT çA C'EST

DéGuEuLASSE

#

KiNG KoNG MEuF,
TouT çA C'EST DéGuEuLASSE,
2022.

- RÉSUMÉ -

Introduction.

Le développement de politiques publiques et la production de savoirs en santé des personnes transgenres et de genre divers (TGD) est une nécessité qui s'inscrit dans un climat politique dominé par des discours d'incertitude et de controverse. Ce travail interroge la prise de décision, la subjugation des savoirs, et la reproduction des injustices sociales au niveau épistémique. Il participe au développement de la santé trans comme approche inter-transdisciplinaire de la santé construite à partir du vécu et des productions épistémiques des personnes TGD.

Matériels & Méthodes.

Produit dans le cadre des droits humains et mobilisant l'analyse critique de discours, *survivor research*, *queer studies*, et *trans studies*, il aborde la production des savoirs académiques au regard des savoirs communautaires, et leur mobilisation dans les politiques publiques en trois étapes successives : la formalisation des savoirs communautaires, les biais systémiques dans la production académique, et une analyse critique des politiques publiques françaises de santé reproductive.

Résultats.

Des savoirs communautaires érudits et naïfs existent et sont facilement accessibles. Les processus de la recherche dominante présentent des biais méthodologiques qui affaiblissent leur valeur épistémique et participent à la reproduction et la scientification de normes sociales. Des mécanismes similaires sont constatés au niveau de la fabrique des politiques publiques de santé.

Discussion.

Ces cadrages et résultats sont discutés au regard de l'abstraction épistémique dominante des droits fondamentaux, qui s'appuie sur la subjugation des savoirs communautaires au service de la reproduction de normes sociales à travers les processus de recherche. À travers la pleine adoption des droits humains comme norme scientifique, la santé trans apparaît comme un élément pouvant contribuer à une révolution scientifique nécessaire.

Mots-clés : Personnes Transgenres ; Minorités de Genre ; Politique de Santé ; Savoir ; Droits de l'Homme.

- ABSTRACT -

Introduction.

Developing public policies and producing knowledge on the health of transgender and gender-diverse (TGD) people are essential in a political climate dominated by discourses of uncertainty and controversy. This work questions decision-making, subjugation of knowledge, and reproduction of social injustices at the epistemic level. It contributes to the development of trans health as an inter-transdisciplinary approach to health built on the lived experience and epistemic productions of TGD individuals.

Materials & Methods.

Produced within a human rights framework and mobilizing critical discourse analysis, survivor research, queer studies, and trans studies, it tackles academic knowledge production in relation to community knowledge, and its use in public policy in three successive stages: formalization of community knowledge, systemic biases in academic production, and a critical analysis of French reproductive health public policies.

Results.

Scholarly and naïve community knowledge exists and is easily accessible. However, dominant research processes display methodological biases weakening their epistemic value and contributing to the reproduction and scientification of social norms. Similar mechanisms can be observed in the making of public health policies.

Discussion.

These framings and results are discussed in relation to the dominant epistemic abstraction of fundamental rights, based on subjugating community knowledge in the service of reproducing social norms through research processes. Regarding the full adoption of human rights as a scientific standard, trans health appears as a potential contributor to a necessary scientific revolution.

Keywords: Transgender Persons; Sexual and Gender Minorities; Health Policy; Knowledge; Human Rights.

- PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES & CONNEXES -

Ce travail de recherche intègre la publication de douze articles dans des revues à comité de lecture, et des communications et travaux connexes.

Les articles sont identifiés au regard de la structure de l'écrit final.

Article d'introduction 1

[a01] **Baleige A**, Guernut M. Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies. *Implications Philosophiques* 2021. <https://www.implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies>

Article d'introduction 2

[a02] Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, **Baleige A**, Chouchane S, Martin M-J, Robles-García R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *European Psychiatry* 2019;59:8–14. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005>

Résumé dans des revues à comité de lecture

[r01] Askevis-Leherpeux F, **Baleige A**, Chouchane S, De La Chenelière M, Desmons P, Robles R, et al. Towards depsychiatrisation of transgender identity: A French study for ICD-11. *European Psychiatry* 2018;48:S386. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.023>

Communication orale dans des congrès internationaux

[ci01] **Baleige A**, Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Martin M-J, Roelandt J-L. Gender incongruence, from psychiatry to sexual health: science supporting human rights - results from a French study. Paper presented at: ILGA-Europe 2018 Conference; 2018 Oct 24-27. Brussels, Belgium.

Communications orales dans des congrès nationaux

[cn01] Roelandt J-L, **Baleige A**. Révision de la CIM-10 (Étude du CCOMS). Paper presented at: Annual Congress of the Collectif Trans' Hauts-de-France; 2016 Sept 23-24. Lille, France.

[cn02] **Baleige A**, de la Chenelière M, Askevis-Leherpeux F, Roelandt J-L. Dépsychiatrisation de la transidentité - la participation de tous. Paper presented at: Congrès National des Internes de PSYchiatrie ; 2018 Oct 18-19. Lille, France.

Communications affichées dans des congrès internationaux

[pi01] Askevis-Leherpeux F, **Baleige A**, Chouchane S, de La Chenelière M, Desmons P, Robles R, et al. Towards depsychiatrisation of transgender identity: A French study for ICD-11. Poster session presented at: EPA 2018 - 26th European Congress of Psychiatry; 2018 Mar 3-6. Nice, France.

[pi02] de la Chenelière M, **Baleige A**, Martin M-J. Ending the psychiatrization of transgender people in ICD-11: a French study 2020. Poster session presented at: WPATH 26th Scientific Symposium; 2020 Nov 6-10. Online.

Article d'introduction 3

[a03] **Baleige A**, de la Chenelière M, Dassonneville C, Martin M-J. Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France. *Transgend Health* 2021. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>

Communication orale dans des congrès internationaux

[ci02] **Baleige A**, de la Chenelière M, Dassonneville C, Denis F, Martin M-J. Modelling participatory transgender care in primary care: Context, models and future of field experimentations in Lille, France. Paper presented at: 4th EPATH Conference; 2021 Aug 11-13. Online.

Communication affichée dans des congrès internationaux

[pi03] **Baleige A**, Denis F. Déterminants, besoins et promotion de la santé des personnes transgenres. Poster session presented at: Congrès de la Société Française de Santé Publique "Agir en situation d'incertitude et de controverse : quels enseignements pour la santé publique ?"; 2021 Oct 13-15. Poitiers, France.

Article d'introduction 4

[a04] **Baleige A**, Guernut M. Production des cadres normatifs des politiques de santé en contexte de crise : analyse critique lexicométrique et trans du cadrage des parcours de transition en France. *Sante Publique* (Paris). 2025, 2(37). <https://doi.org/10.3917/spub.pr2.0065>

Communication orale dans des congrès internationaux

[ci03] **Baleige A**, Guernut M. Analyse participative et critique des politiques de santé publique : les parcours de santé des personnes transgenres. Paper presented at: Congrès 2023 de la Société Française de Santé Publique; 2023 Oct 04-06. Saint-Étienne, France.

Article de résultats 1

[a05] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : Une revue systématique de la littérature communautaire. *Santé Publique* 2022, HS2(34), 197-211. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0197>

Résumés dans des revues à comité de lecture

[r02] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Risk reduction strategies for transgender people regarding sexually transmitted diseases and health promotion: a systematic review of activist literature. *Journal of Sexual Medicine*. 2022;19(11):S63. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.067>

[r03] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Behaviors and challenges for transgender people accessing reproductive health: a systematic review of activist literature. *Journal of Sexual Medicine*. 2022, 19(11), S63-S64. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.069>

Communication orale dans des congrès internationaux

[ci04] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Participation of transgender and gender diverse people in the development of primary health care based on the free and informed consent model: A thematic synthesis of community resources. Paper presented at: 94th EGPRN Meeting; 2022 May 12-15. Istanbul, Turkey.

Communications affichées dans des congrès internationaux

[pi04] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Behaviors and challenges for transgender people accessing reproductive health: a systematic review of activist literature. Poster session presented at: 23rd ESSM Congress; 2022 Feb 16-18. Rotterdam, Netherlands.

[pi05] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Risk reduction strategies for transgender people regarding sexually transmitted diseases and health promotion: a systematic review of activist literature. Poster session presented at: 23rd ESSM Congress; 2022 Feb 16-18. Rotterdam, Netherlands.

[pi06] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Promoting Access of Transgender and Gender Diverse People to Primary Care: A systematic review of activist literature. Poster session presented at: 27th WONCA Europe Conference; 2022 Jun 28 - Jul 1. London, United Kingdom.

[pi07] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Meeting Health Needs of Transgender and Gender Diverse People in Primary Care based on Free and Informed Consent. Poster session presented at: 27th WONCA Europe Conference; 2022 Jun 28 - Jul 1. London, United Kingdom.

Communication affichée dans des congrès nationaux

[pn01] **Baleige A**, Denis F. Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale. Poster session presented at: 13^e Congrès Français de Psychiatrie ; 2021 Dec 1-4. Montpellier, France.

Mémoire universitaire

[m01] **Baleige A**. Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale : une analyse thématique de la littérature militante [dissertation]. Paris, France: Université Paris-Diderot; 2020. <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.15694.48964>

Article de résultats 2

[a06] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Impact of depsychopathologization of transgender and gender diverse individuals in ICD-11 on care delivery: Looking at trans expertise through a trans lens. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19(20), 13257. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013257>

Article de résultats 3

[a07] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19(20), 11983. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911983>

Article de résultats 4

[a08] **Baleige A**, Denis F. A trans & queer discursive approach to gender diversity and misgendering in the transgender and gender diverse population: Queering a study for ICD-11. Int. J. Environ. Res. Public Health [Under review] 2025, 22, 178. <https://doi.org/10.3390/ijerph2202178>

Article de résultats 5

[a09] **Baleige A**. Cadre d'action de promotion de la santé reproductive : Analyse critique lexicométrique et trans des politiques publiques françaises contemporaines. Sante Publique (Paris). 2024, 1(36), 73-80. <https://doi.org/10.3917/spub.241.0073>

Article de discussion 1

[a10] **Baleige A**. La recherche avec des monstres : Contextualisation politique des recherches participatives. Santé Publique 2023, HS2(35), 91-96. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.2023.0091>.

Communications orales dans des congrès nationaux

[cn03] **Baleige A**, Denis F. Recherche par les survivants et enjeux épistémiques de la recherche participative : application à la promotion de la santé des personnes transgenres. Paper presented at: Recherches participatives en santé et bien-être des populations : défis et pratiques, IRESP, 2022 Mar 9-10 ; Online. <https://www.youtube.com/watch?v=iLqSO6BEIlg>

[cn04] **Baleige A.** Promotion de la santé des personnes trans et recherche par les survivant-es. Paper presented at: Journée d'Échanges sur la Santé Trans; 2023 May 11-12. Paris, France.

Article de discussion 2

[a11] **Baleige A,** Goï C. Le cisnormativisme épistémique de l'identité trans contemporaine : Quand les autres décident de qui vous avez le droit d'être. L'Année de la recherche en sciences de l'éducation 2023, 71-90.

Vulgarisation

[v01] **Baleige A.** Comprendre et déconstruire la binarité de notre société. In: Colloque Genres, transidentités : les clés pour comprendre et accompagner, 2023 Oct 02-03, Laval & Le Mans, France.

[v02] **Baleige A.** La diversité de genre c'est normal : les bases médicales, sociales, et politiques In : journée thématique autour de la transidentité, 2024 Mar 23, Amiens, France.

[v03] **Baleige A.** Sensibiliser et protéger les jeunes contre les LGBTphobies, Comment agir ?, 17 May 2024, Strasbourg, France.

[v04] **Baleige A.** L'offensive transphobe. AMFIS, 2024 Aug 23, Châteauneuf-sur-Isère, France.

[v05] **Baleige A.** Enjeux de santé trans. In: Formation Transidentités, 2024 Dec 2-3, Rennes & Lorient, France.

[v06] **Baleige A.** Enfants, mineur-es, ados, jeunes, adultes trans : Quelles différences pour quels enjeux ? In: Journée du Planning Familial 62 « Mineur-es transgenres et non binaires » Quels enjeux de santé mentale ? 2025 Mar 13, Lens, France.

[v07] **Baleige A.** Les Transitudes. In: Un Chez Soi D'abord - Journée Croisement des pratiques sur la santé inclusive des minorités de genre, 2025 Mar 28, Paris, France.

[v08] **Baleige A.** Les Transitudes : épistémologie. In: Journée Santé Publique – Université de Strasbourg, 2025 Apr 17, Strasbourg, France.

Article de discussion 3

[a12] **Baleige A.** Accès aux savoirs sur la santé des personnes transgenres et de genre divers dans Santé Publique : une perspective trans bibliométrique et lexicométrique. Santé Publique [under review].

Éthique

Communication orale dans des congrès nationaux

[cn05] **Baleige A.** Éthique et confiance en santé trans. Paper presented at: Journée de l'éthique interdisciplinaire : Éthique et confiance en santé, 2024 7-8 Nov, Tours, France. <https://www.canal-u.tv/chaines/irji/12-anna-baleige-medecin-psychiatre-et-doctorante-en-sante-publique-rattachee-a-l-ees>

Santé mentale

Communication orale dans des congrès nationaux

[cn06] **Baleige A,** Moreau C. Vers un système de santé inclusif pour les minorités de genre. Paper presented at: 3e journées IMIND : Explorer les diversités : à l'intersection des identités trans et de l'autisme, 2024 Feb 01, Lyon, France. <https://youtu.be/9mNQEIG1-jE?si=VW0AiPZo2PbnfR-9>

Santé publique

Éditorial

[e01] **Baleige A.** L'incertitude et la controverse : les leviers épistémiques de la santé publique ? Santé Publique 34 (HS1). 2022. <https://doi.org/10.3917/spub.220.0000>

Sexologie et étude de la sexualité humaine

Résumé dans des revues à comité de lecture

[r04] **Baleige A,** Guernut M, Moreau E. Impact of gender transition on sexuality and diversity of practices: a qualitative analysis of reddit discussions. Journal of Sexual Medicine. 2022;19(11):S55-S56. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.050>

Communications orales dans des congrès nationaux

[cn07] **Baleige A,** Guernut M, Moreau E. Abords sexologiques de la sexualité des personnes transgenres et de genre divers : Une analyse linguistique queer de discussions sur Reddit. Paper presented at: Journées Francophones de Sexologie et de Santé Sexuelle, 2022 Sep 8-10; Montpellier, France.

[cn08] **Baleige A.** Peut-on aborder la sexualité des personnes trans et de genre divers sans une sexologie queer ?. Paper presented at: 5^{ème} Journée du Réseau de Santé Sexuelle Publique, 2022 Nov 23; Paris, France.

Communication affichée dans des congrès internationaux

[pi08] **Baleige A,** Guernut M, Moreau E. Impact of gender transition on sexuality and diversity of practices: a qualitative analysis of reddit discussions. Poster session presented at: 23rd ESSM Congress, 2022 Feb 16-18; Rotterdam, Netherlands.

Mémoire universitaire

[m02] **Baleige A.** La sexualité des personnes transgenres, de genre divers et des partenaires face à l'hétéro-cis-normativité des savoirs sexologiques : une clinique est-elle possible sans une sexologie queer  ? [dissertation]. Paris, France: Université de Paris; 2022. <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.25584.64002>

Vulgarisation

[v09] **Baleige A.** L'empereur est nu... et ça tombe bien ! : Vers une perspective queer dans les formations de sexologie. Sexualités Humaines 2023, 58, 62.

- TABLE DES MATIÈRES -

- RÉSUMÉ -	I
- ABSTRACT -	II
- PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES & CONNEXES -	III
- TABLE DES MATIÈRES -	VIII
- LISTE DES ABRÉVIATIONS -	XI
- LISTE DES FIGURES -	XI
- LISTE DES TABLES -	XII
1. INTRODUCTION	1
1.1. Définitions et cadres normatifs.....	3
1.1.1. La santé.....	3
1.1.1.1. Le concept de santé	3
1.1.1.2. Les droits humains.....	6
1.1.1.3. La santé publique	14
1.1.2. La transitude	24
1.1.2.1. Les personnes transgenres et la diversité de genre.....	24
1.1.2.2. Les populations de personnes transgenres et de genre divers	27
1.1.2.3. La santé trans.....	31
1.2. Évolution des cadres biomédicaux.....	37
1.2.1. Psychopathologisation (1838-2021).....	37
# Article d'introduction 1	42
1.2.2. Dépsychopathologisation (2022+).....	63
# Article d'introduction 2	64
1.2.3. Approches de santé publique (2010+).....	74
1.2.3.1. Question et objectifs de recherche.....	75
1.2.3.2. Méthodes.....	75
1.2.3.3. Résultats	76
1.2.3.4. Discussion	80
# Article d'introduction 3	82
1.3. Cadrage contemporain des politiques de santé en France	90
# Éditorial	91
1.3.1. Processus de production des discours	95
# Article d'introduction 4	96
1.3.2. Stratégies de nomination et prédication	114

1.3.2.1. Question et objectif de recherche	114
1.3.2.2. Méthodes.....	114
1.3.2.3. Résultats	115
1.3.2.4. Discussion	119
1.3.3. Utilité tactique des savoirs.....	121
1.3.3.1. Question et objectif de recherche	121
1.3.3.2. Méthodes.....	121
1.3.3.3. Résultats	121
1.3.3.4. Discussion	127
1.4. Objectifs de recherche.....	129
2. MATÉRIELS & MÉTHODES	133
2.1. Cadres de recherche	134
2.1.1. Cadres épistémiques	134
2.1.2. Cadres éthiques	136
2.1.3. Contexte de recherche	137
2.2. Méthodologie de l'Article de résultats 1	138
2.2.1. Collecte des données.....	138
2.2.2. Interventions & analyses	139
2.2.2.1. Constitution des corpora	139
2.2.2.2. Analyse thématique	140
2.2.2.3. Analyses ancillaires	141
2.3. Méthodologie des Articles de résultats 2,3,4.....	143
2.3.1. Étude française pour la CIM-11 & base de données.....	143
2.3.2. Méthodologie de l'Article de résultats 2	144
2.3.2.1. Données utilisées dans l'Article de résultats 2	144
2.3.2.2. Interventions & analyses de l'Article de résultats 2	146
2.3.3. Méthodologie de l'Article de résultats 3	147
2.3.3.1. Données utilisées dans l'Article de résultats 3	147
2.3.3.2. Interventions & analyses de l'Article de résultats 3	148
2.3.4. Méthodologie de l'Article de résultats 4	149
2.3.4.1. Données utilisées dans l'Article de résultats 4	149
2.3.4.2. Interventions & analyses de l'Article de résultats 4	150
2.4. Méthodologie de l'Article de résultats 5	151
2.4.1. Collecte des données.....	151
2.4.2. Interventions & analyses	151

3. RÉSULTATS.....	152
3.1. Formalisation des savoirs communautaires	153
# Communication affichée sur l'article de résultats 1	153
# Communication affichée sur le consentement libre et éclairé.....	155
# Article de résultats 1	157
# Communication affichée sur la santé mentale	174
# Résumé, résultats & discussion de mémoire universitaire sur la santé mentale	176
# Communication affichée sur la santé reproductive.....	194
# Communication affichée sur la santé sexuelle	199
# Article de résultats 2	204
3.2. Biais systémiques dans la production scientifique	219
# Article de résultats 3	219
# Article de résultats 4	232
3.3. Politiques publiques françaises de santé reproductive.....	248
# Article de résultats 5	248
4. DISCUSSION.....	258
4.1. Abstraction épistémique des droits fondamentaux	259
4.2. Subjugation des savoirs communautaires.....	261
# Article de discussion 1	264
4.3. Reproduction des normes sociales en recherche	272
# Article de discussion 2	277
4.4. Usage politique de l'ignorance.....	299
# Article de discussion 3	301
5. CONCLUSION	321
- RÉFÉRENCES –	323

- LISTE DES ABRÉVIATIONS -

CIM-11	onzième révision de la Classification Internationale des Maladies
EPATH	European Association for Transgender Health
HAS	Haute Autorité de Santé
Kwic	Key Words In Context
MeSH	Medical Subject Headings
ODD	Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
TGD	(personnes) Transgenres et de Genre Divers
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

- LISTE DES FIGURES -

Figure 1. Signatures et ratifications de la <i>convention relative aux droits des personnes handicapées</i> et du protocole additionnel dans le monde [26].	9
Figure 2. Signatures et ratifications de la convention relative aux droits des personnes handicapées et du protocole additionnel en Europe [28].	10
Figure 3. Protection des droits humains des personnes transgenres et de genre divers en Europe et Asie centrale [32].	13
Figure 4. Les trois piliers de la promotion de la santé d'après [43].	16
Figure 6. Liens entre les 17 <i>Objectifs de Développement Durable</i> et la <i>convention relative aux droits des personnes handicapées</i> (CRPD) des Nations Unies [28].	17
Figure 5. Les 17 Objectifs de Développement Durable de l'Organisation des Nations Unies [45].	18
Figure 7. Modélisation de l'interaction entre discours et contexte, d'après [49].	20
Figure 8. Modélisation de l'impact des cadres normatifs en santé mentale sur la base des mécanismes de régulation des systèmes [56].	23
Figure 9. Reconnaissance légale du genre des personnes transgenres et de genre divers en Europe et Asie centrale [32].	27
Figure 10. Protection du droit à la santé des personnes transgenres et de genre divers en Europe et Asie centrale [32].	28
Figure 11. Modélisation des besoins de santé des populations TGD sur le modèle de la santé communautaire, d'après [77] et [82].	30
Figure 12. "What is sanism?" - infographie des survivants de la psychiatrie du Vermont [93].	34
Figure 13. "Cognitive liberty" - infographie des survivants de la psychiatrie du Vermont [93].	36
Figure 15. Modélisation de l'injustice épistémique [97].	38
Figure 15. Protection du droit à la famille des personnes transgenres et de genre divers en Europe et Asie centrale [32].	41
Figure 16. Publications par année sur la base MEDLINE pour "Public Health"[Mesh]	76
Figure 17. Groupes de termes Mesh parmi les résultats de la recherche sur MEDLINE pour ("Transgender Persons"[Mesh] OR "Transsexualism"[Mesh]) AND "Public Health"[Mesh].	77
Figure 18. Années de publication des termes MeSH issus de la recherche sur MEDLINE pour ("Transgender Persons"[Mesh] OR "Transsexualism"[Mesh]) AND "Public Health"[Mesh].	79

Figure 19. Pays d'origine des données des revues systématiques citées dans <i>parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage</i> de la HAS [148], en excluant [157]...	122
Figure 20. Modélisation des communications scientifiques au regard des enjeux épistémiques identifiés.....	131
Figure 21. Diagramme de flux des documents inclus dans la revue au regard de la santé reproductive [197].	196
Figure 22. Réseau des codes des données extraites au regard de la santé reproductive [197].	197
Figure 23. Modélisation des freins et leviers d'action sur l'organisation du système de soins visant à promouvoir la santé reproductive des personnes transgenres et de genre divers [197].	198
Figure 24. Diagramme de flux des documents inclus dans la revue au regard de la santé sexuelle [196].....	201
Figure 25. Réseau des codes des données extraites au regard de la santé sexuelle [196].	202
Figure 26. Modélisation des freins et leviers d'action sur l'organisation du système de soins visant à promouvoir la santé sexuelle des personnes transgenres et de genre divers au regard des risques d'infections sexuellement transmissibles [196].	203
Figure 27. Modélisation du travail de recherche effectué au regard de l'objectif : "suite à leur dépsychopathologisation, contribuer aux approches de santé publique pour promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers".	258

- LISTE DES TABLES -

Table 1. Catégorisation des expressions désignant les personnes trans dans <i>parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage</i> de la HAS [148].	116
Table 2. Caractéristiques des références dans <i>parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage</i> de la HAS [148].....	124
Table 3. Usage des citations uniques en contexte dans <i>parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage</i> de la HAS [148].....	126
Table 4. Liste et contact des associations de personnes TGD consultées pour l'Article de résultats 1 "Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire" [154].	139



La santé trans

**Enjeux et perspectives
de santé publique
en contexte occidental
contemporain**

1. INTRODUCTION

Ce travail de mémoire de thèse de doctorat de recherche en santé publique est articulé autour de douze articles publiés dans des revues à comité de lecture de disciplines variées. Entièrement construit sous l'angle de la santé publique, il traite de la production épistémique en matière de santé des personnes transgenres et de genre divers, et vise à participer à la normalisation du concept de *santé trans* comme approche inter-transdisciplinaire globale de recherche en santé. Pour cela, son introduction est construite en trois sous-parties successives.

La santé trans est une conceptualisation alliant celles de santé et de transitude. Aussi, le propos commence par une présentation des définitions et référentiels normatifs consensuels dans le but de réduire l'apparente complexité du domaine liée à son étrangeté et de rendre apparent la simplicité et la robustesse de son cadre conceptuel. Le chapitre 1.1. Définitions et cadres normatifs (p.3) vise ainsi à définir la conceptualisation mobilisée de la *santé trans* au regard de ses deux composantes :

- La conceptualisation contemporaine de la santé (1.1.1. La santé, p.3) :
 - Sa définition et ses déclinaisons (1.1.1.1. Le concept de santé, p.3) ;
 - Les droits humains comme cadre normatif (1.1.1.2. Les droits humains, p.6) ;
 - Son instanciation dans le champ de la santé publique (1.1.1.3. La santé publique, p.14) ;
- Une lecture contemporaine et occidentale de la transitude (1.1.2. La transitude, p.24), présentée au regard d'une approche de santé publique :
 - Au niveau de la personnes (1.1.2.1. Les personnes transgenres et la diversité de genre, p.24) ;
 - Son impact au niveau populationnel (1.1.2.2. Les populations de personnes transgenres et de genre divers, p.27) ;
 - Son intégration dans la conceptualisation contemporaine de la santé et des recherches en santé publique (1.1.2.3. La santé trans, p.31).

Pour autant, la santé trans n'est pas le seul cadre de lecture des enjeux de santé de la transitude où des cadres biomédicaux psychopathologisants ont dominé les productions scientifiques pendant près de deux siècles. Leurs limites et perspectives sont donc présentées par la suite à

travers une analyse diachronique et synchronique contenant trois publications scientifiques originales : d'abord rétrospective sur les évolutions des conceptualisations psychopathologiques au regard de l'évolution des contextes sociaux et des modes de domination, puis une invalidation de l'hypothèse psychopathologique dominante, suivie d'une projection prospective sur les possibilités d'organisation des systèmes de santé ouvertes par la dépsychopathologisation. Ainsi, le chapitre 1.2. Évolution des cadres biomédicaux (p.37) présente ces évolutions à travers des travaux de recherche publiés dans des revues à comité de lecture :

- Une lecture historique de la psychopathologisation au regard des évolutions nosographiques (1.2.1. Psychopathologisation (1838-2021), p.37) ;
- Le processus de dépsychopathologisation de 2022 (1.2.2. Dépsychopathologisation (2022+), p.63) ;
- Le développement encore en cours d'approches de santé publique (1.2.3. Approches de santé publique (2010+), p.74).

Enfin, ces cadres conceptuels sont mis à l'épreuve au regard d'une analyse du cadrage des politiques publiques françaises contemporaines en matière de santé des personnes transgenres et de genre divers. Les analyses présentées dans le chapitre 1.3. Cadrage contemporain des politiques de santé en France (p.90) ont fait l'objet de communications scientifiques, dont un article dans une revue à comité de lecture en cours d'impression. L'incongruence des résultats avec les données scientifiques et les cadres de référence permet de faire émerger le questionnement de recherche qui articule la suite du travail.

L'introduction se conclut dans le chapitre 1.4. Objectifs de recherche (p.129) où les enjeux de la production épistémique en santé trans sont modélisés pour présenter le questionnement de recherche et situer l'ensemble des articles publiés.

1.1. Définitions et cadres normatifs

Dans ce travail, la santé trans est développée en contexte occidental contemporain, avec une instanciation particulière sur la situation française continentale. La santé trans étant une conceptualisation double – qui allie celles de santé et de transitude, ses deux composantes sont présentées successivement et mises en regard de leurs cadres normatifs pour rendre apparent leurs compatibilité et complémentarité naturelles.

1.1.1. La santé

1.1.1.1. Le concept de santé

La définition contemporaine de la santé est inchangée depuis celle du *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé* (OMS), tel qu'adopté par la *Conférence internationale sur la Santé de New York du 19 juin au 22 juillet 1946*, signé le 22 juillet 1946, et entré en vigueur le 07 avril 1948 : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [1].

Cette définition marque une rupture avec la précédente et fait notamment suite au *procès des Médecins* devant le tribunal américain de Nuremberg du 09 décembre 1946 au 19 août 1947 – deuxième procès suivant celui *des dignitaires nazis* – et dont le jugement des 20 et 21 août 1947 comporte le *code de Nuremberg* qui a servi de base à la pratique contemporaine de la médecine et de la recherche biomédicale en érigeant le consentement comme élément central :

Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne concernée doit avoir la capacité légale de consentir ; qu'elle doit être placée en situation d'exercer un libre pouvoir de choix, sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes sournoises de contrainte ou de coercition ; et qu'elle doit avoir une connaissance et une compréhension suffisantes de ce que cela implique, de façon à lui permettre de prendre une décision éclairée [...] [2].

Son contenu a été formellement intégré dans la pratique médicale dans la *déclaration de Genève* de 1948 par l'Association Médicale Mondiale [3], amendée jusqu'en 2020 :

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au plus grand respect de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement [3].

Il a servi de base à la *déclaration d'Helsinki* de 1964 par l'Association Médicale Mondiale qui reste la norme de référence en recherche biomédicale [4]. La redéfinition de la santé s'intègre donc dans une modification large des cadres normatifs de la pratique médicale et de la recherche biomédicale.

La santé – d'un individu ou d'une population – passe donc d'une variable binaire (sain/non-sain) ou catégorielle (sain/malade/infirmes) à une variable continue, dont la mesure ne s'appuie plus sur un référentiel externe – une vision universelle de ce que seraient les maladies et les infirmités – mais interne – la définition pour l'individu ou la population de ce qu'est un état de complet bien-être, sur la base du consentement.

Cette définition de la santé s'est enrichie par la suite d'autres complémentaires. La santé mentale est définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » [5], « dans le cas des enfants et des adolescents, la santé mentale renvoie à la capacité d'atteindre et de maintenir un fonctionnement et un bien-être psychologiques optimaux » [5]. De manière similaire :

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations

sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence [6].

La santé est un droit humain fondamental consacré par le *droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible* [7]. Ces définitions complémentaires sont toutes affranchies de la dimension pathologique – notamment face aux faiblesses épistémiques de la psychopathologie en matière de santé mentale ou sexuelle – et mettent en avant l'angle social de la santé, définie dans un cadre bio-psycho-social [5,8].

Santé mentale

En matière de santé mentale, le modèle consacré dans les politiques de santé internationale et appuyé par la recherche – notamment les contributions de la *survivor research* [9–11] – est celui du *recovery* :

Le rétablissement est un processus, un mode de vie, une attitude et une façon d'évaluer les défis de la journée. Ce n'est pas un processus parfaitement linéaire. Parfois, notre parcours est erratique et nous hésitons, reculons, nous nous regroupons et recommençons. ...le besoin est de relever le défi du handicap et de rétablir un nouveau sens de l'intégrité et un but précieux à l'intérieur et au-delà des limites du handicap ; l'aspiration est de vivre, travailler et aimer dans une communauté dans laquelle on apporte une contribution significative [12].¹

Le rétablissement est « un processus profondément personnel et unique de changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et de contribution, même avec les limites causées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans la vie d'une personne à mesure qu'elle grandit au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale » [13].²

Une définition claire du rétablissement est difficile à définir et signifie différentes choses pour différentes personnes. Mais la plupart des gens s'entendent pour dire qu'une personne « en rétablissement » s'efforce de reprendre le contrôle de sa vie et d'atteindre ses propres buts et rêves [14].³

¹ « Recovery is a process, a way of life, an attitude, and a way of approaching the day's challenges. it is not a perfectly linear process. At times our course is erratic and we falter, slide back, regroup and start again. ...the need is to meet the challenge of the disability and to re-establishing a new a valued sense of integrity and purpose within and beyond the limits of the disability; the aspiration is to live, work and love in a community in which one makes a significant contribution » (Patricia Deegan, 1988).

² « Recovery is 'a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness' » (William A. Anthony, 1993).

³ « A clear definition of recovery is elusive and means different things to different people. But most people agree that a person 'in recovery' is working to take back control of his or her life and achieving her or his own goals and dreams » (Mary Ellen Copeland, 2006).

Ce ne sont pas uniquement les moyens de l'intervention de santé qui doivent s'adapter à la personne, mais également ses objectifs et critères : « disposer de moyens de donner un sens qui nous conviennent est une base essentielle pour notre rétablissement personnel et pour permettre le rétablissement des autres » [15 p10].⁴

Situation de handicap

L'adoption d'un cadre bio-psycho-social de la santé a contribué à une redéfinition de l'infirmité et une évolution de nos modélisations du handicap. L'ancrage pathologique du modèle de Wood [16] a été abandonné au profit de la notion sociale de *disability* [17]. Le handicap n'est plus une conséquence de la maladie ou de son interaction avec le contexte, mais de l'absence d'accessibilité de la situation spécifique dans laquelle se trouve la personne. La notion de trouble mental ou du comportement est abandonnée au profit de celle de *psycho-social disability* :

C'est-à-dire les personnes qui, même si elles ne se considèrent pas comme présentant un trouble mental ou qu'elles n'ont pas reçu un diagnostic en ce sens, sont empêchées d'exercer pleinement leurs droits et de participer à la société, en raison d'une incapacité réelle ou supposée [5].

Le concept systémique de santé a été étendu dans l'approche *une seule santé* où l'être humain est conceptualisé en interactions avec son environnement et les autres êtres vivants qui le partagent. Elle « s'applique à la conception et la mise en œuvre de programmes, de politiques, législations et travaux de recherche pour lesquels plusieurs secteurs communiquent et collaborent en vue d'améliorer les résultats en matière de santé publique » [18].

1.1.1.2. Les droits humains

Les évolutions des conceptualisations de la santé depuis 1946 s'incluent dans l'adoption des droits humains comme norme partagée :

les droits que nous avons tout simplement car nous existons en tant qu'êtres humains ; ils ne sont conférés par aucun État. Ces droits universels sont inhérents à nous tous, indépendamment de notre nationalité, sexe, origine nationale ou ethnique, couleur, religion, langue ou toute autre situation. Ils vont des plus fondamentaux, comme le droit à la vie, à ceux qui rendent notre vie digne d'être vécue, comme les droits à l'alimentation, à l'éducation, au travail, à la santé et à la liberté [19].

⁴ « having ways of making sense that work for us is a crucial foundation for personal recovery and for enabling the recovery of others » (Tew, 2005, p10).

Ils ont été développés dans le même contexte que celui de la redéfinition de la santé et consacrés dans la *déclaration universelle des droits de l'Homme* [20], adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies en 1948 et texte central de la *charte internationale des droits de l'Homme* [21].

Ces droits des individus représentent également des obligations incontournables des états de les respecter, protéger, et mettre en œuvre [19]. Ils forment donc un cadre normatif partagé de référence dans lequel doit s'intégrer toute politique de santé. Ce caractère normatif a été réaffirmé par la *déclaration et programme d'action de Vienne* adoptée par consensus le 25 juin 1993 :

Tous les Droits de l'Homme sont universels, indivisibles, interdépendants et intimement liés. La communauté internationale doit traiter les Droits de l'Homme dans le monde de façon égale et équitable, de la même manière et avec la même importance. Alors que l'importance des particularités nationales et régionales et des diverses origines historiques, culturelles et religieuses doit être prise en compte, c'est le devoir des États, indépendamment de leurs systèmes politiques, économiques et culturelles de promouvoir et de protéger tous les Droits de l'Homme et les libertés fondamentales [22].

Elle marque un tournant politique des droits humains à la sortie de la guerre froide et cet aspect est réaffirmé dans l'ensemble des textes qui ont suivi et ont développés les droits humains dans les situations spécifiques de plusieurs populations vulnérables.

Droits des personnes mineures incapables

La *convention internationale des droits de l'enfant* a été adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par l'ensemble des états à l'exception des États-Unis d'Amérique [23]. Elle vise à garantir les droits humains fondamentaux aux personnes mineures incapables (Article 1), notamment le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (Article 24.1) :

Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services [23].

L'enjeu central du consentement est sous-tendu à la capacité de discernement (Article 12.1) :

Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité [23].

La convention garantit la centralité de son intérêt supérieur (Article 3.1 & 3.2) :

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées [23].

L'intérêt supérieur de l'enfant est un des quatre principes fondamentaux de la convention, avec la non-discrimination, le respect des opinions de l'enfant, et le droit de vivre, survivre et se développer [24].

Droits des personnes en situation de handicap

La *convention relative aux personnes handicapées* a été adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006 et ratifiée par 164 pays (voir Figure 1 & Figure 2), dont l'ensemble de l'Union Européenne. Elle réaffirme l'ensemble des droits humains pour les personnes en situation de handicap et s'appuie sur le concept de *disability*, par oppositions aux modèles médicaux antérieurs du handicap. Les troubles de santé mentale sont reconceptualisés comme plaçant les personnes en situation de handicap psycho-social et s'éloignent des conceptualisations biologiques :

86. En s'intéressant au fardeau mondial que représentent les obstacles à la santé mentale, on peut soutenir que ceux-ci ont des répercussions plus graves que les troubles mentaux eux-mêmes. Les crises dans le domaine de la santé mentale devraient être prises en charge non pas en tant que crises qui relèvent de pathologies particulières, mais en tant que crises fondées sur des obstacles sociaux qui entravent les droits des personnes. Les politiques de santé mentale devraient viser à résoudre les déséquilibres dans les rapports de force plutôt que les déséquilibres chimiques.

87. Pour opérer le changement de modèle qui s'impose d'urgence, il convient de donner la priorité à des politiques innovantes axées sur les populations, de cibler les déterminants sociaux et de se défaire du modèle médical prédominant qui s'attache à guérir des personnes en ciblant des « troubles » [25].

La convention garantit la pleine jouissance de la capacité juridique des personnes en situation de handicap (Article 12.2) :

Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées jouissent de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres [25].

Le consentement est également l'élément central des décisions (Article 15) :

1. Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.

2. Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, judiciaires et autres mesures efficaces pour empêcher, sur la base de l'égalité avec les autres, que des personnes

CRPD and Optional Protocol Signatures and Ratifications

■ Not Signed ■ Signed Convention ■ Signed Convention & Protocol ■ Ratified Convention ■ Ratified Convention & Protocol

As of 19 September 2017

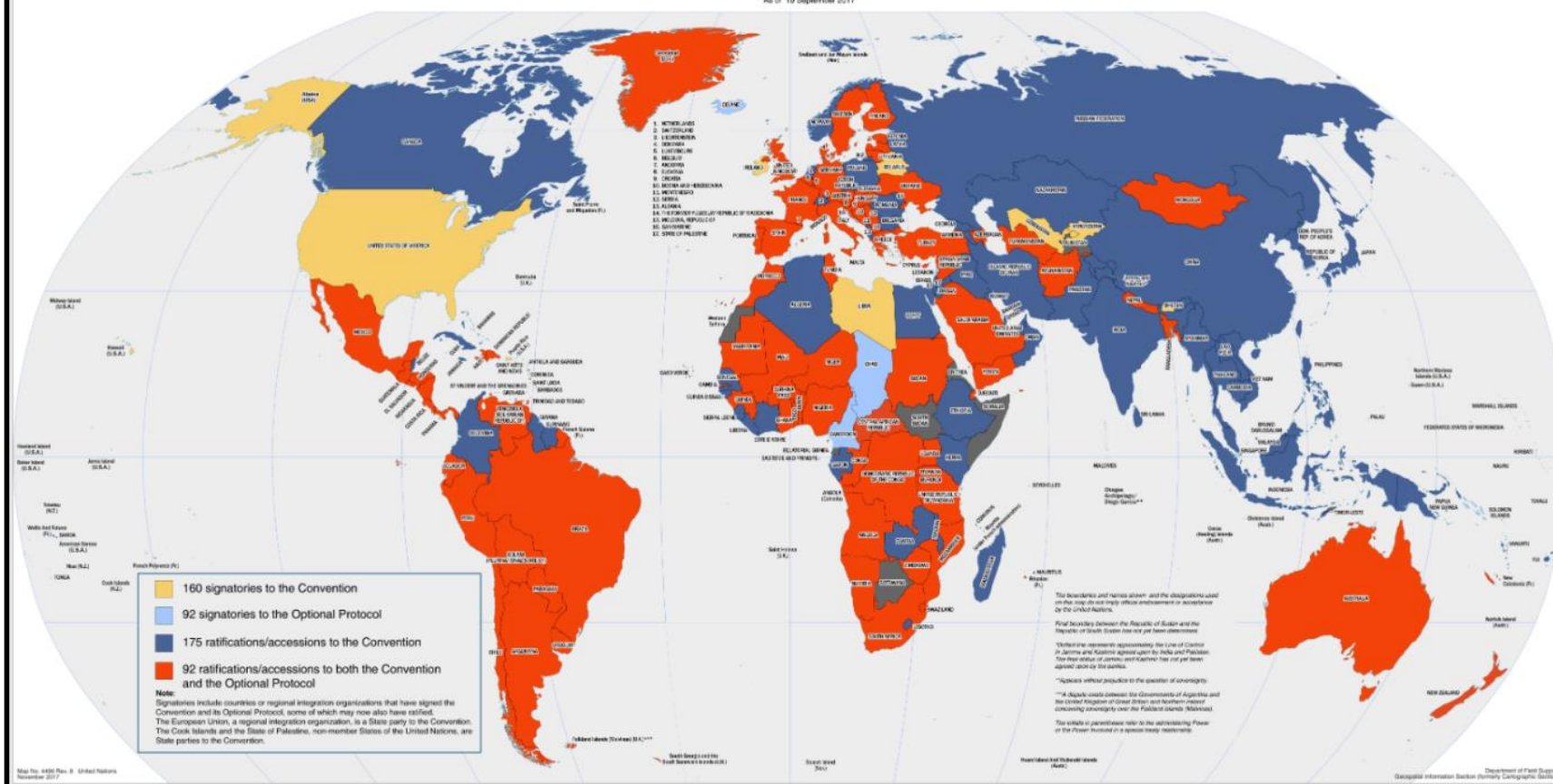


Figure 1. Signatures et ratifications de la convention relative aux droits des personnes handicapées et du protocole additionnel dans le monde [26].

handicapées ne soient soumises à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [25].

Les interventions de santé, notamment de santé mentale, sans consentement relèvent des traitements inhumains voire de la torture :

Il convient de souligner que des objectifs prétendument bienveillants ne peuvent, en soi, justifier des mesures coercitives ou discriminatoires. Par exemple, les pratiques telles que l'avortement forcé, la stérilisation forcée ou l'intervention psychiatrique sans consentement pour des raisons de « nécessité médicale » ou d'« intérêt supérieur » du patient (A/HRC/22/53, par. 20 et 32 à 35, et A/63/175, par. 49), ou l'internement forcé en vue de la « rééducation » de dissidents politiques ou religieux, la « guérison spirituelle » de maladies mentales (A/HRC/25/60/Add.1, par. 72 à 77), ou la « thérapie de conversion » liée à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle (A/74/148, par. 48 à 50), impliquent généralement des tentatives très discriminatoires et coercitives de contrôler ou de « corriger » la personnalité, le comportement ou les choix de la victime et lui infligent presque toujours une douleur ou des souffrances aiguës. Par conséquent, selon le Rapporteur spécial, si tous les autres éléments de définition sont présents, ces pratiques peuvent très bien être assimilées à de la torture [26 pp.11-12].

La convention se distingue des textes précédents en ciblant notamment spécifiquement les discriminations et maltraitements médicaux. Cet élément est partagé par l'ensemble des textes suivant la *convention et programme d'action de Vienne* de 1993.

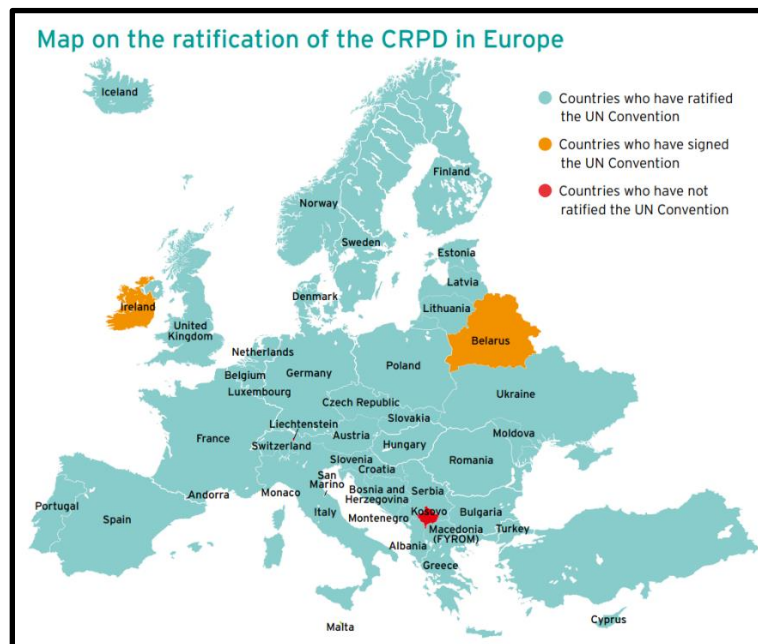


Figure 2. Signatures et ratifications de la convention relative aux droits des personnes handicapées et du protocole additionnel en Europe [28].

Droits des personnes LGBTQI – Déclaration de Montréal

À ce jour, aucune convention internationale ne couvre les droits des personnes LGBTQI. La *déclaration de Montréal* a été présentée à la *conférence internationale sur les droits humains des LGBT* à Montréal le 29 juillet 2006. L'absence de protection formelle des Nations Unies est spécifiquement ciblée dans les enjeux mondiaux de la convention :

Un monde dans lequel les droits humains des LGBT sont constamment violés est un monde où personne ne peut se sentir en sécurité ni libre. « Tous les droits humains sont universels, indivisibles, interdépendants et interliés » (Conférence mondiale sur les Droits humains, Wien, 1993).

Les LGBT, tout comme leurs activités, existent et continueront d'exister dans toutes les cultures et tous les lieux de notre planète ; ils font tout simplement partie de la condition humaine [29].

Elle vise à interdire les mutilations des personnes intersexes sur la base du consentement et de l'intérêt supérieur de l'enfant :

Les personnes se déclarant intersexuées confrontent une forme particulière de violence : la mutilation des organes génitaux provoquée par des chirurgies post-natales inutiles afin qu'elles deviennent conformes au modèle binaire traditionnel des caractéristiques sexuelles.

[...]

Nous exigeons que les interventions chirurgicales sur les organes génitaux des personnes intersexuées soient interdites jusqu'à ce que ces dernières soient en âge de comprendre et de consentir à un tel geste [29].

Elle vise à garantir la possibilité pour les personnes transgenres d'avoir un accès équitable aux interventions médicales de transition :

Nous exigeons que les gouvernements permettent la pratique de tous les traitements nécessaires aux changements de sexe, qu'ils financent ceux-ci dans la même mesure qu'ils le font pour d'autres traitements médicaux, et qu'ils amendent leurs lois afin de permettre aux transgenres de changer de sexe légalement afin de correspondre à leur identité de genre [29].

Elle affirme le rôle actif des services de santé dans la promotion des droits fondamentaux et du bien-être des personnes LGBTQI :

Nous exigeons que les services de soins de santé et ceux qui les administrent soient ouverts aux traitements spéciaux que nécessitent certains LGBT, qu'ils combattent l'injustice et diffusent l'information sur une base non-discriminatoire [29].

Droits des personnes LGBTQI – Principes de Jogjakarta

La *déclaration de Montréal* a servi de base à l'élaboration des *principes de Jogjakarta* [30] rédigés en novembre 2006 et présentés au *conseil des droits de l'homme* des Nations Unies le 26 mars 2007. Ils ont été écrits par la *commission internationale de juristes*, composée de 29 personnes expertes des droits humains, et vise à la mise en application de la *déclaration universelle des droits de l'Homme* [20] au regard de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Il regroupe 29 principes jugés fondamentaux :

- Principe 1. Le droit à une jouissance universelle des droits humains ;
- Principe 2. Les droits à l'égalité et à la non-discrimination ;
- Principe 3. Le droit à la reconnaissance devant la loi ;
- Principe 4. Le droit à la vie ;
- Principe 5. Le droit à la sûreté de sa personne ;
- Principe 6. Le droit à la vie privée ;
- Principe 7. Le droit de ne pas être arbitrairement privé de sa liberté ;
- Principe 8. Le droit à un procès équitable ;
- Principe 9. Le droit à un traitement humain lors d'une détention ;
- Principe 10. Le droit à ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
- Principe 11. Le droit à la protection contre toute forme d'exploitation, de commerce et de traite d'êtres humains ;
- Principe 12. Le droit au travail ;
- Principe 13. Le droit à la sécurité sociale et à d'autres mesures de protection sociale ;
- Principe 14. Le droit à un niveau de vie suffisant ;
- Principe 15. Le droit à un logement convenable ;
- Principe 16. Le droit à l'éducation ;
- Principe 17. Le droit au plus haut niveau possible de santé ;
- Principe 18. Protection contre les abus médicaux ;
- Principe 19. Le droit à la liberté d'opinion et d'expression ;
- Principe 20. Le droit à la liberté de réunion et d'association pacifiques ;
- Principe 21. Le droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ;
- Principe 22. Le droit à la liberté de circulation ;
- Principe 23. Le droit de demander l'asile ;
- Principe 24. Le droit de fonder une famille ;
- Principe 25. Le droit de participer à la vie publique ;
- Principe 26. Le droit de prendre part à la vie culturelle ;
- Principe 27. Le droit de promouvoir les droits humains ;
- Principe 28. Le droit à des recours et à un redressement efficaces ;
- Principe 29. La responsabilité [30].

Ces principes restent largement construits sur les principes de la *déclaration universelle des droits de l'Homme*. Ils ont été complétés en 2017 par les *principes de Jogjakarta plus 10* [31], davantage centrés sur les enjeux spécifiques liés à l'identité de genre et rédigés par les organisations *Service internationale des droits de l'homme* et *Amnesty International* :

- Principe 30. Le droit à la protection de l'État ;
- Principe 31. Le droit à la reconnaissance juridique ;
- Principe 32. Le droit à l'intégrité corporelle et mentale ;
- Principe 33. Le droit à ne pas être criminalisé ou sanctionné ;
- Principe 34. Le droit à la protection contre la pauvreté ;
- Principe 35. Le droit à l'assainissement ;
- Principe 36. Le droit à jouir des droits humains relatifs aux technologies de l'information et de la communication ;
- Principe 37. Le droit à la vérité ;
- Principe 38. Le droit de pratiquer, de protéger, de préserver et de faire vivre la diversité culturelle [31].

Les *principes de Jogjakarta plus 10* proposent également de compléter les principes 2, 6, 9, 10, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, et 27 des *principes de Jogjakarta*. L'adversité face au respect des droits humains liés à l'identité de genre est l'argument central de la nécessité de les instancier spécifiquement (voir Figure 3 pour la zone Europe et Asie centrale).

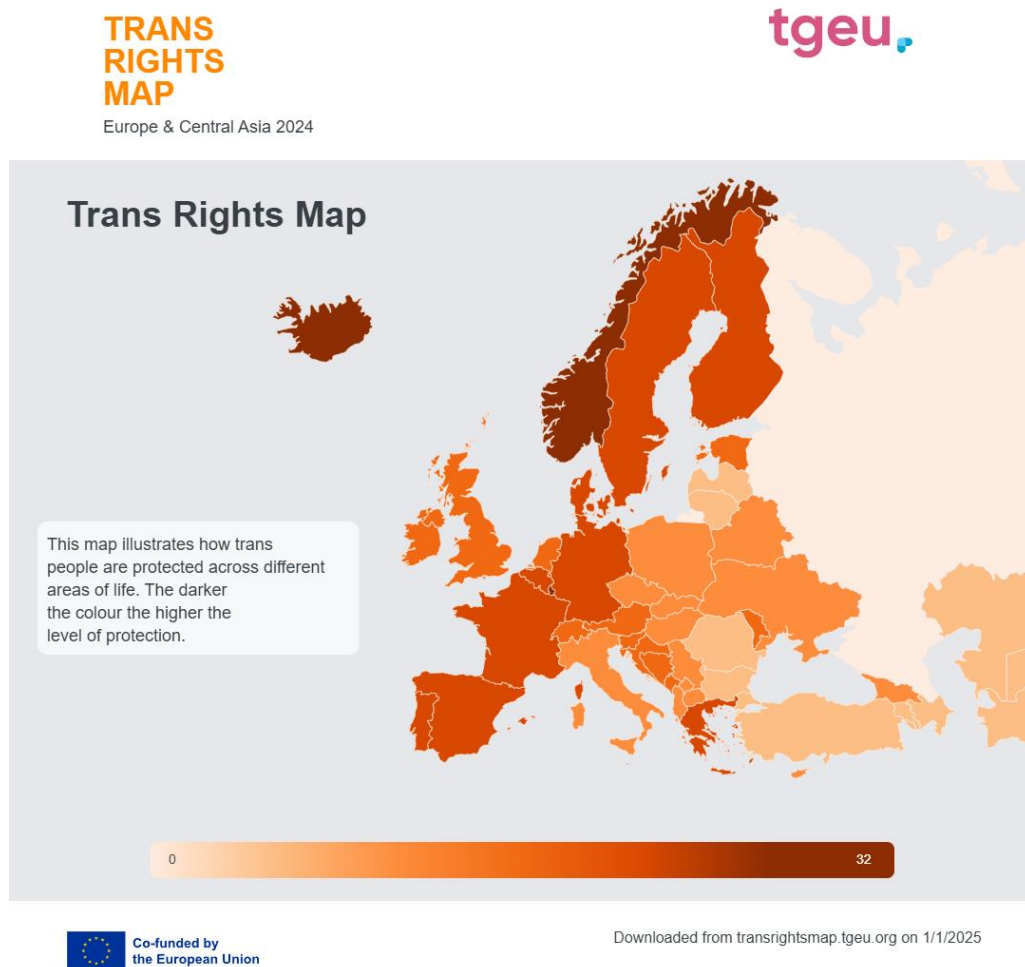


Figure 3. Protection des droits humains des personnes transgenres et de genre divers en Europe et Asie centrale [32].

Bien que ces principes ne soient pas une partie reconnue intégrante du corpus des droits humains, ils sont largement reconnus comme standard dans l'interprétation de ceux-ci pour l'orientation sexuelle et l'identité de genre. De manière similaire à la *convention relative aux personnes handicapées* [25], ils ne créent aucun droit nouveau ou spécifique, mais proposent une instanciation des droits humains pour des populations vulnérables.

En cela, ils participent au cadre normatif commun des droits humains et viennent répondre pour partie à l'absence de protection effective des textes et conventions internationales.

1.1.1.3. La santé publique

La santé publique est un champ transdisciplinaire initié au milieu du XIX^e siècle dont la définition reste globalement inchangée [33] depuis celle proposée en 1920 par C. E. Winslow, *vice-president and chairman of section K at St-Louis*, et publiée dans la revue *Science* :

Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate to the maintenance of health [34].

Depuis, l'OMS note que « les défis du système de santé sont de plus en plus nombreux et complexes »⁵ [35]. La pandémie de COVID-19 et d'autres crises systémiques ont mis en évidence les faiblesses de nos systèmes et ont conduit l'OMS à proposer une liste de douze fonctions essentielles de santé publique :

- **Surveillance et contrôle en santé publique** : contrôle et surveillance de l'état de santé de la population, des risques, facteurs de protection et de promotion, menaces pour la santé, performance des systèmes de santé et utilisation des services ;
- **Gestion des urgences de santé publique** : gestion des urgences de santé publique pour la sécurité sanitaire internationale et nationale ;
- **Gestion de la santé publique** : mise en place de structures institutionnelles, leadership, coordination, responsabilité, règlements et lois efficaces et efficientes en matière de santé publique ;

⁵ « health system challenges are increasing in number and complexity » (OMS, 2024).

- **Planification, financement et gestion multisectorielles en santé publique** : soutenir des systèmes de santé et de planification efficaces et multisectoriels, financement et gestion pour la santé publique ;
- **Protection de la santé** : protéger les populations contre les menaces pour la santé, par exemple les risques environnementaux et professionnels, les maladies transmissibles et non-transmissibles, y compris les problèmes de santé mentale, l'insécurité alimentaire et les risques chimiques et radiologiques ;
- **Prévention et détection précoce des maladies** : prévention et détection précoce des maladies transmissibles et non transmissibles, y compris les problèmes de santé mentale, et prévention des blessures ;
- **Promotion de la santé** : promotion de la santé et du bien-être, ainsi que des actions visant à s'attaquer aux déterminants plus larges de la santé et aux inégalités ;
- **Engagement communautaire et participation sociale** : renforcement de l'engagement communautaire, la participation et la mobilisation sociale en faveur de la santé et du bien-être ;
- **Développement du personnel de santé publique** : développer et maintenir un personnel de santé publique adéquat et compétent ;
- **Qualité et équité des services de santé** : améliorer l'adéquation, qualité et équité des services de santé et de leur accès ;
- **Recherche, évaluation et connaissances en matière de santé publique** : faire progresser la recherche et le développement des connaissances en santé publique ;
- **Accès et usage des produits, fournitures, équipements et technologies de santé** : promouvoir l'accès équitable et l'utilisation rationnelle à des produits, fournitures, équipements et technologies de santé sûres [35 p.3].

Le savoir occupe une place centrale en santé publique, à la fois dans sa transmission – déjà conceptualisée comme activité pilier du champ en 1920 [34] – et son développement [33]. Il s'agit donc d'un champ transdisciplinaire qui interagit légitimement non-seulement avec les disciplines et pratiques existantes, mais également avec d'autres champs transdisciplinaires qui ont pu se développer par la suite – notamment les sciences de l'éducation, et où l'épistémologie joue un rôle structurant.

De manière connexe à ce travail de doctorat, le développement d'une approche de santé publique dans le champ de la sexologie et de la santé sexuelle à destination des personnes transgenres et de genre divers a fait l'objet d'un mémoire universitaire pour l'obtention du diplôme inter-universitaire de sexologie et étude de la sexualité humaine de l'Université de Paris [m02] [36] et dont le résumé est reproduit ici.

Les résultats ont également fait l'objet de deux communications orales dans des congrès nationaux [cn07 & cn08] [37,38], ainsi qu'une communication affichée au 23^e congrès international de la *European Society for Sexual Medicine* [pi08] [39], avec publication du résumé dans la revue *Journal of Sexual Medicine* [r04] [40], et ont conduit à la publication d'un article de vulgarisation au regard de la formation professionnelle dans la revue professionnelle *Sexualités Humaines* [v05] [41].

La transmission des savoirs sur la santé a également été identifiée comme un des trois piliers fondamentaux de la promotion de la santé (voir Figure 4) lors de la *Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé*, coorganisée par l'OMS et la *Commission nationale de la santé et de la planification familiale* de la République populaire de Chine à Shanghai du 21 au 24 novembre 2016 [42]. La *Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé* [43] représente un accord politique international pour la promotion de la santé.

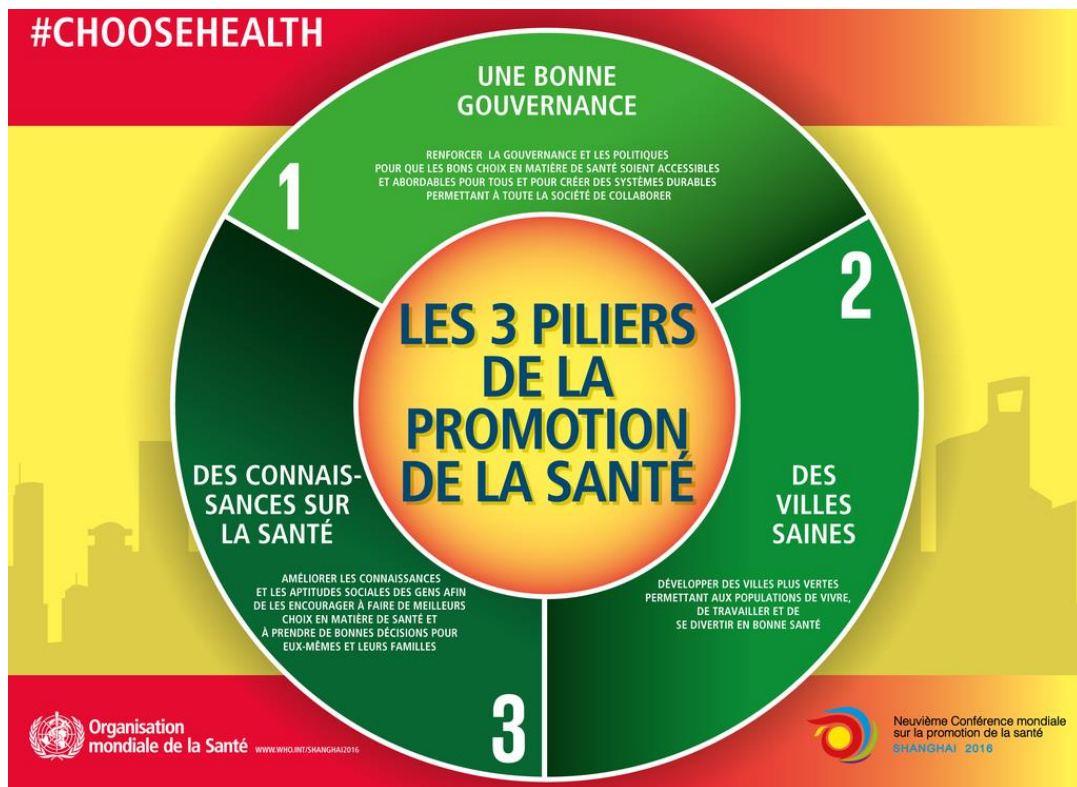


Figure 4. Les trois piliers de la promotion de la santé d'après [43].

La *Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé* intègre la promotion de la santé dans les Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030 (ODD, voir Figure 6). Les ODD ont été développés par les Nations Unies dans *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* et représentent un engagement international, obtenu après deux ans de négociations, de 193 pays vers 169 cibles réparties dans 17 objectifs [44]. La santé est l'objectif trois des dix-sept ODD, mais sa promotion et son maintien représentent un intérêt de santé publique, notamment au regard de l'objectif cinq d'équité des genres.

La *Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé* est un exemple de l'intégration des enjeux de santé publique dans des contextes politiques et invite à l'intégration des sciences politiques et de la régulation des systèmes dans le champ de la recherche et des pratiques.

De plus, les ODD se recoupent largement avec le cadre normatif des droits humains, à l'exemple de leurs liens avec la *convention relative aux droits des personnes handicapées*, développée par l'association *European Disability Forum* [28] et présentés en Figure 5.



Figure 5. Liens entre les 17 Objectifs de Développement Durable et la convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD) des Nations Unies [28].



Figure 6. Les 17 Objectifs de Développement Durable de l'Organisation des Nations Unies [45].

La production et la transmission des savoirs sont donc non seulement des éléments centraux structurels et historiques de la santé publique, mais sont également inscrits dans un cadre normatif défini et développé.

Le *Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida* (ONUSIDA) est un autre exemple de stratégie de santé publique alliant production et transmission de savoirs à des actions politiques et des transformations des systèmes de santé [46]. Les personnes transgenres et de genre divers sont explicitement conceptualisées comme une des populations clé internationales pour mettre fin à l'épidémie de VIH [47,48]. Les stratégies de santé publique à développer pour cette population devraient également s'inscrire dans la stratégie internationale.

Ces considérations épistémologiques ouvrent la possibilité pour la recherche en santé publique de développer un abord méta sur ses propres mécanismes de production, diffusion, et interprétation des savoirs. Les savoirs sont soutenus par des discours et des éléments centraux des enjeux de pouvoir sociaux (voir [49]).

Le discours est un concept et objet d'étude linguistique, notamment de l'analyse critique de discours, autre champ transdisciplinaire de recherche. L'analyse critique de discours s'intéresse notamment aux discours politiques et propose des approches méthodologiques variées au service d'une lecture critique, entendue comme : « dans les questions humaines, les interconnexions et les chaînes de causes et d'effets peuvent être déformées au point de ne plus être visibles. C'est pourquoi la 'critique' consiste essentiellement à rendre visible l'interconnexion des choses »⁶ [50]. Les différents niveaux d'analyse critique ont notamment été développés dans la préface de la troisième édition de *Language & Power* de Norman Fairclough [49] et par Ruth Wodak [51,52]. Dans son ouvrage, Norman Fairclough propose un premier modèle simple de compréhension des interactions du discours avec son contexte, dans lequel le discours est à la fois émetteur et récepteur des interactions (voir Figure 7).

⁶ « in human matters, interconnections and chains of cause and effect may be distorted out of vision. Hence "critique" is essentially making visible the interconnectedness of things » (Norman Fairclough, 1985).

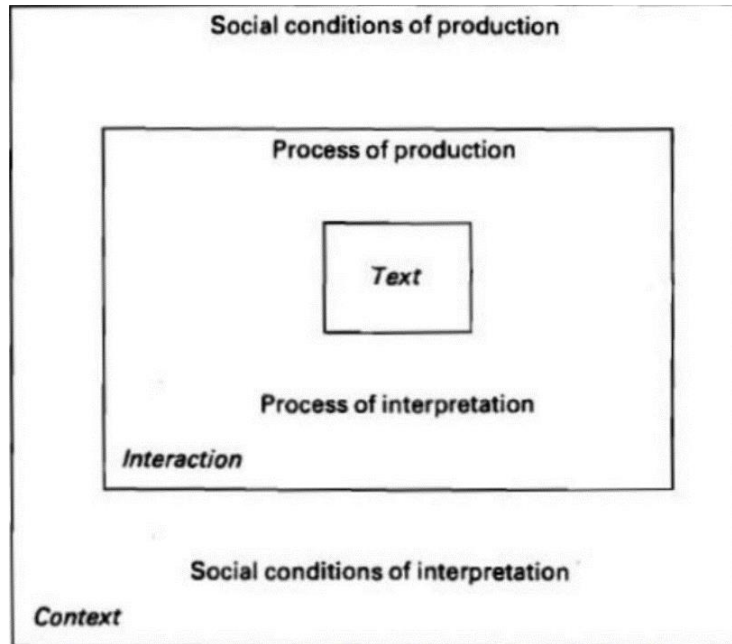


Figure 7. Modélisation de l'interaction entre discours et contexte, d'après [49].

L'analyse critique de discours donne donc à la production des savoirs en santé publique des outils méthodologiques et épistémiques pour penser à la fois sa propre production épistémique, mais aussi la production des discours de santé. Elle permet également le développement d'approches critique des politiques de santé actuelle et la pertinence de son emploi en santé publique est déjà mis en avant dans des publications scientifiques depuis plus de trente ans [53].

À la complexité des enjeux de santé se rajoute donc la complexité de la production épistémique et de ses impacts performatifs. La cybernétique est un autre champ transdisciplinaire, apparu au lendemain de la seconde guerre mondiale et notamment développée par Norbert Wiener dans son livre *Cybernetics: Or the Control and Communication in the Animal and the Machine*, paru en 1961 [54].

Depuis, les recherches en cybernétique se sont développées et ont notamment modélisé le fonctionnement des mécanismes de régulation des systèmes complexes [55], tels que les sociétés humaines. Trois mécanismes de régulation ont été identifiés :

- Le *buffering* est un mécanisme passif dans lequel une perturbation est absorbée pour réduire son impact sur la variable essentielle. Il représente les formes passives d'homéostasie des systèmes assurant leur stabilité et définissant leur plasticité ;

- Le *feedforward* est un mécanisme de contrôle actif dans lequel la perturbation est identifiée de manière itérative et corrigée pour réduire son impact sur la variable essentiel. Il s'appuie sur de fortes capacités à détecter et corriger les perturbations et donc sur un haut niveau de connaissance du fonctionnement. À défaut, il entraîne une accumulation des erreurs conduisant à une instabilité globale du système ;
- Le *feedback* est un mécanisme de contrôle actif dans lequel l'erreur résultant de l'impact de la perturbation sur la variable essentielle est corrigée a posteriori de sa survenue. Ce mécanisme de régulation par l'erreur investit sur l'action pratique plutôt que la modélisation.

Si le *feedforward* représente un mécanisme de régulation parfait théoriquement, la limite de nos connaissances sur le fonctionnement des systèmes complexes le rend imparfait en pratique, contrairement au *feedback* qui peut atteindre une perfection pratique. Le *buffering* et le *feedback* sont les mécanismes de régulation majoritaires dans la biologie animale, notamment au niveau endocrinologique. En pratique, le *feedforward* n'est pertinent que dans les situations de faible tolérance à l'erreur.

Dans un travail précédent [56], nous avons mis en évidence que les systèmes de contrôle normatifs sociaux, et notamment la psychiatrie et les politiques publiques de santé mentale, étaient construits sur des logiques de *feedforward*. Cette approche présente un intérêt dans un contexte où la tolérance à l'erreur est perçue faible et est régulièrement utilisée comme outil de contrôle dans les discours politique [49,57]. Dans ce travail, nous avons également mis en évidence que l'intégration des droits humains comme cadre normatif participait d'une transformation des systèmes vers le développement du *buffering* et l'adoption de systèmes en *feedback*.

La Figure 8 présente une modélisation de ces transformations systémiques au regard des connaissances et modèle en santé mentale. Ici, la déformation (S) est d'abord régulée par *buffering*. Si la perturbation persiste au-delà des capacités passives de régulation (M), elle est alors régulée activement pour maintenir la stabilité de la variable essentielle (U), au regard de la tolérance du système à l'erreur. Dans cette lecture, l'adoption des droits humains comme cadre normatif amène une modification de la tolérance à l'erreur, renforçant la régulation passive et privilégiant les mécanismes en *feedback*. Nous avons argumenté que cette stratégie était davantage pertinente au regard des connaissances scientifiques sur la santé mentale, et

bénéficiait également d'une meilleure applicabilité pratique tout en étant favorable à un engagement communautaire.

Dans la situation des personnes transgenres et de genre divers, la possibilité pour les enfants d'explorer les rôles et identités de genre est un exemple de *buffering*, par opposition à l'assignation actuelle. Dans les discours anti-trans [58], la possibilité qu'une personne puisse être transgenre ou présenter une diversité de genre est présentée comme une erreur systémique intolérable, motivant la mise en place de systèmes ubiquitaires de contrôle et correction en *feedforward*. En France, la proposition de loi n°138 adoptée par le Sénat le 28 mai 2024 [59] est un exemple de contrôle par *feedforward* construit dans un tel cadre idéologique. Elle prévoit le développement et la généralisation d'identifications précoces et de mécanismes de correction dans le but explicite de limiter au maximum le nombre de personnes transgenres. Non seulement ces mécanismes sont contraires aux droits humains, mais ils ne sont pas applicables en pratique et participent à augmenter les iniquités de santé et la marginalisation.

Cet exemple illustre l'intérêt de l'inclusion de la cybernétique dans le cadre épistémique de la recherche et des pratiques en santé publique.

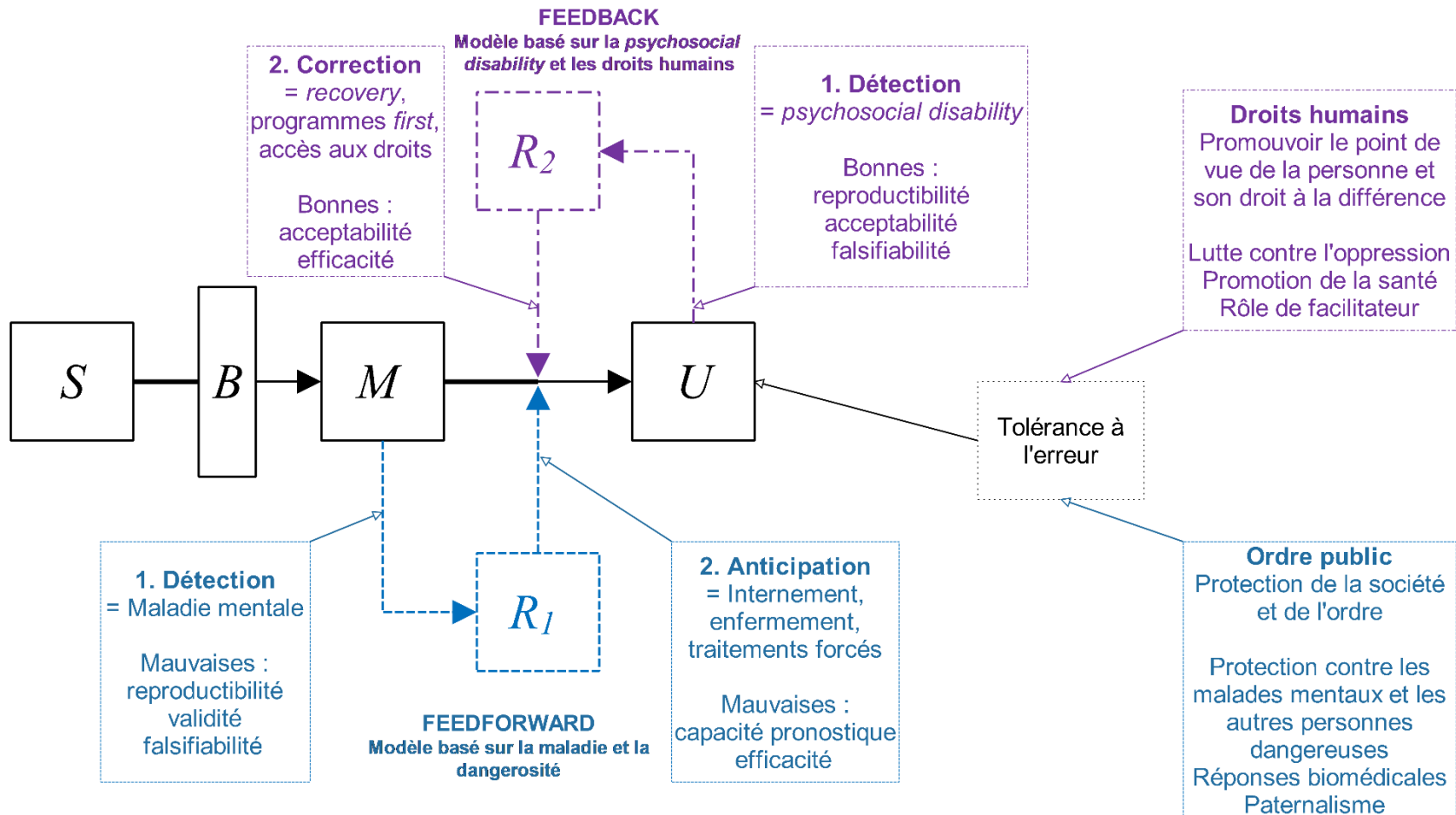


Figure 8. Modélisation de l'impact des cadres normatifs en santé mentale sur la base des mécanismes de régulation des systèmes [56].

La déformation initiale (S) est réduite par *buffering* (B), pouvant conduire à une déformation secondaire (M) alors activement régulée par *feedforward* (R1) ou *feedback* (R2) pour prévenir son impact sur la variable essentielle (U), suivant la tolérance du système à l'erreur dictée par le cadre normatif employé.

1.1.2. La transitude

1.1.2.1. Les personnes transgenres et la diversité de genre

Le genre est une catégorisation sociale des êtres humains introduite par la recherche biomédicale au milieu du XX^e siècle pour décrire des phénomènes d'organisation sociale qui dictent la sexualité, l'identité, la place, la fonction, le rôle, et la performance attendue ou anticipée des individus des sociétés contemporaines [60].

Assignment de genre et personnes intersexes

L'assignation de genre est un processus médico-administratif qui peut être défini comme :

attribuer à une personne une place, une fonction, un rôle, et plus particulièrement, attendre qu'elle le performe en se conformant aux attentes sociales construites autour des identités de genre, selon qu'elle est perçue comme étant un homme ou une femme [54 p.13].

Elle représente un exercice du pouvoir étatique sur les corps [61], est encadrée juridiquement et, en France, doit avoir lieu dans les cinq jours suivant la date déclarée de naissance (Art. 55 du Code civil), porté à huit jours en cas d'éloignement géographique de l'officiel d'état civil, ou trois mois « en cas d'impossibilité médicalement constatée de déterminer le sexe de l'enfant au jour de l'établissement de l'acte » (Art. 57 du Code Civil), sur autorisation du procureur de la République.

L'assignation de genre est un concept qui permet de rendre compte du caractère normatif et socialement construit du processus, à défaut de celui de sexe biologique dont l'emploi dans ce sens serait imprécis et invisibiliserait une part importante de sa diversité de contextes et modalités. Le contrôle des corps par l'assignation de genre est effectif dès la naissance, justifiant encore aujourd'hui les mutilations d'enfants intersexes dans de nombreux pays, dont la France :

Intersexe est un terme coupole englobant les expériences d'être né·e avec un corps ne correspondant pas à ce que la société attribue au masculin et au féminin. Nous sommes des êtres humains né·e·s avec des caractéristiques sexuelles pouvant être attribuées aux deux en même temps, ou bien ne pas être entièrement l'un ou l'autre, ou bien encore ni l'un ni l'autre. Nos corps et nos caractéristiques sexuelles sont des variations saines et naturelles des sexes humains.

Ces variations innées, naturelles peuvent être multiples : les organes génitaux internes et/ou externes, les structures hormonales et/ou chromosomiques peuvent ne pas correspondre aux attentes médicales et sociales, tout comme d'autres caractéristiques sexuelles telles que la masse musculaire, la répartition de la pilosité ou encore la stature, pour ne citer que celles-ci.

Bien que nous soyons né·e·s avec des variations des caractéristiques sexuelles, elles peuvent ne pas être visibles à la naissance.

Elles peuvent apparaître à différents moments : en période prénatale, durant l'enfance, à la puberté ou à l'âge adulte.

Une personne peut s'en apercevoir très tôt ou bien plus tard au cours de sa vie. Suivant les circonstances et les spécificités corporelles, certaines personnes peuvent ne pas savoir qu'elles sont intersexes [62].

L'assignation de genre des personnes intersexes et dyadiques participe à dicter les attentes sociales et construire leurs devenirs. Dans le cas des personnes intersexes, elle expose également à des « mutilations, stérilisations, traitements hormonaux non consentis [...] quel que soit leur âge » [63], violant le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant au profit de celui de l'organisation sociale et du maintien d'un paradigme de la différence sexuel binaire.

Personnes cisgenres et transgenres

L'acceptation de l'assignation de genre définit les personnes cisgenres. Par opposition, les personnes transgenres peuvent être définies comme refusant l'assignation de genre, sur la base du droit fondamental à l'autodétermination. Ceci est d'autant plus valable pour les personnes transgenres intersexes où la dimension socialement construite de l'assignation de rôle social est d'autant plus apparente.

Pour la majorité des personnes transgenres, cela a lieu dans l'enfance, avant le début de la puberté [64–68]. Pour autant, l'apprentissage des normes de genre et le genrage des individus sont des phénomènes socialement mis en place rapidement après la naissance. Les personnes transgenres sont donc amenées à transitionner. La transition peut être définie comme « une période au cours de laquelle une personne trans passe socialement ou physiquement d'une manière d'être genrée à une autre » [69]. Il s'agit d'un processus social, qui peut pour partie admettre un aspect « médical » - les soins d'affirmation de genre – et administratif – la reconnaissance sociale de son identité. L'opposition entre « transition sociale », « transition médicale », et « transition administrative » est un artefact institutionnel lié à l'organisation des systèmes qui participe à invisibiliser le caractère socialement construit des normes médicales et administratives en la matière.

Dès lors, il est difficile de donner une définition exhaustive positive des personnes transgenres. La transnormativité est une norme sociale visant à réguler l'existence des personnes transgenres dans une poursuite de la régulation des personnes cisgenres [70]. Contrairement aux personnes cisgenres, l'existence des personnes transgenres n'a pas à correspondre à des normes strictes imposées et chaque parcours est individuel. Cette lecture présente des similarités avec le concept de *recovery* et d'autres concepts connexes.

Diversité de genre

Les normes de genre dictent les différences de place, fonction, rôle, et performance attendues des individus. La diversité de genre est une expression employée en recherche pour rendre compte des variations de ces différentes composantes à l'intérieur d'une même catégorie [71,72]. Ces concepts renvoient à plusieurs normes sociales [73] :

- Le cisgenrisme : présentation de la norme cisgenre comme naturelle ;
- Le bigenrisme : présentation de la binarité de genre comme naturelle ;
- La normativité de genre : présenter des normes binaires de genre comme naturelles.

Aussi, la diversité de genre peut s'appliquer à des nombreuses situations différentes. À titre d'exemple, l'existence de personnes transgenres peut être interprétée comme une manifestation de la diversité de genre au regard du cisgenrisme, la non-binarité au regard du bigenrisme, le non-respect des normes de genre au regard de la normativité de genre.

L'expression *personnes transgenres et de genre divers* (TGD) est utilisée en recherche biomédicale pour rendre compte de l'ensemble des populations impactées par ces normes sociales, qui partagent une part commune d'oppressions [74]. Bien qu'il s'agisse d'une expression parapluie imprécise, elle vise à réduire l'imprécision actuellement présente dans les communications scientifiques. Le terme *trans* est également utilisé, sur la base de son usage communautaire.

Certaines publications incluent également l'orientation sexuelle comme intrinsèquement constitutive de la diversité de genre, notamment au regard de l'hétéronormativité comme norme sociale qui présente l'hétérosexualité comme seule norme naturelle [73]. Cette lecture participe par exemple à considérer les personnes non-hétérosexuelles au prisme du genre, notamment au regard des performances attendues socialement. L'hétéronormativité reste à ce jour en France une norme constitutive des oppressions subies par les personnes transgenres, responsables de leur marginalisation, victimisation, et non-accès à la santé [75].

1.1.2.2. Les populations de personnes transgenres et de genre divers

Les définitions des personnes TGD sont établies au regard d'au moins cinq normes sociales distinctes et connexes : le bigenrisme, le cisgenrisme, l'hétéronormativité, la normativité de genre [73], et la transnormativité [70]. De plus, ces normes sociales varient synchroniquement et diachroniquement suivant les contextes socio-culturels. Enfin, elles intersectionnent largement avec d'autres normes ayant un impact sur la santé et la marginalisation sociale, notamment pour les personnes : en situation de handicap, pauvres, psychiatisées ou folles, racisées, ... La population des personnes TGD est donc par définition hétérogène et l'intersectionnalité un prisme central d'analyse [76].

Dans un but de réduction de la complexité liée à l'incomplétude de nos modélisations, les recherches biomédicales utilisent largement la notion de population TGD. Cette simplification s'appuie sur un nombre important de besoins partagés non-pourvus, de déterminants de santé communs, et est rendue possible par l'incomplétude majeure de nos systèmes de santé [77,78]. Elle permet une définition des populations TGD par leur adversité partagée, notamment administrative (voir Figure 9).et en santé (voir Figure 10).

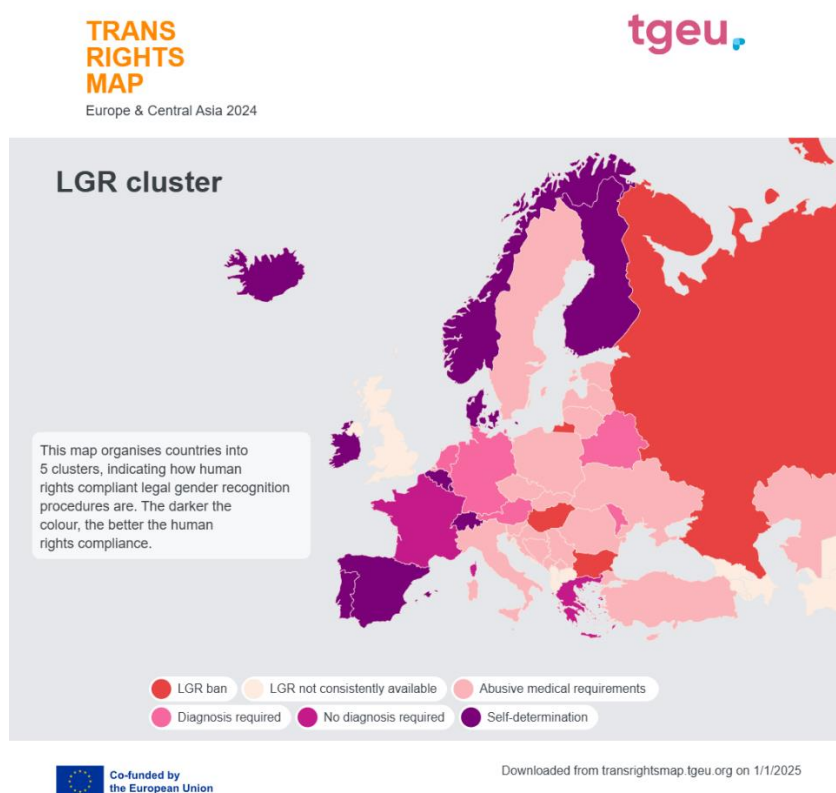


Figure 9. Reconnaissance légale du genre des personnes transgenres et de genre divers en Europe et Asie centrale [32].

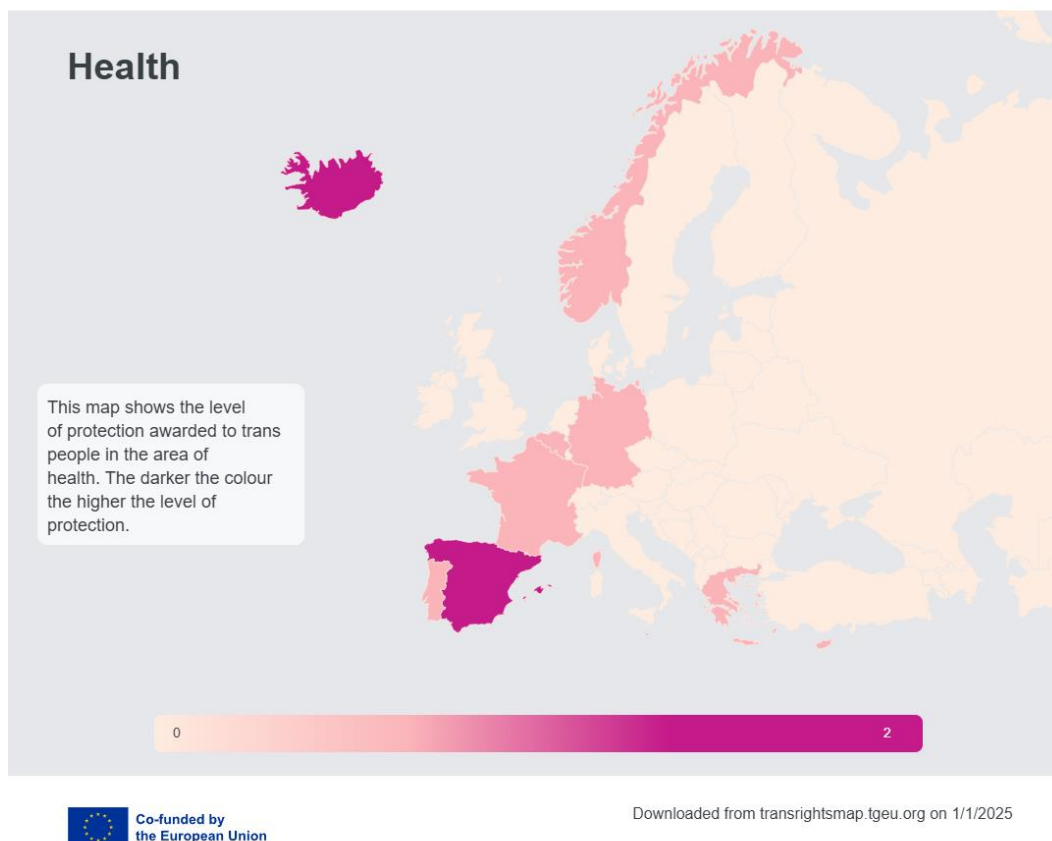


Figure 10. Protection du droit à la santé des personnes transgenres et de genre divers en Europe et Asie centrale [32].

Au regard des normes

Une lecture cisnormée des populations TGD amène à une psychopathologisation considérant l'ensemble des populations TGD avec un problème de santé mentale [68,70]. Le diagnostic actuel est celui de *dysphorie de genre*, issu de la 5^e édition révisée du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [79], classification non officielle publiée par l'*American Psychiatric Association*. Les personnes TGD y sont conceptualisées dans une vision transnormative et en état de mal-être permanent intrinsèque à leur existence. Elle conduit à une marginalisation générale des populations TGD [64–68].

Une lecture transnormative des populations TGD amène à définir des parcours normés et indépassables pour l'ensemble des personnes TGD, participant d'autant plus à la marginalisation des personnes jugées anormales, encore largement psychiatisées [70].

Une lecture bigenrée des populations TGD amène à distinguer les femmes transgenres des hommes transgenres. Elle est régulièrement conjuguée à une lecture hétéronormée et participe à la marginalisation des personnes TGD non-binaires et non-hétérosexuelles [73].

La normativité de genre exclut la moitié des personnes TGD. Les personnes transféminines et transmasculines sont des personnes transgenres dérogeant aux normes binaires de genre. Les deux peuvent être lues comme des expressions de la non-binarité, elle-même un concept parapluie [73].

Taille de population

Le large éventail de définitions complexifie l'évaluation de la taille de la population TGD. Une revue systématique récente sur le sujet a mis en évidence que suivant le critère de définition, la taille de la population TGD oscillait entre 0.0017% et 8.4% de la population générale [71]. Dans cette étude, les personnes transgenres, au sens de l'identité, représenteraient 0.3-0.5% des adultes et 1.2-2.7% des jeunes, et 0.5-4.5% des adultes et 2.5-8.4% des jeunes en utilisant une définition plus large incluant la diversité marquée de genre.

Ces variations ne sont pas exceptionnelles en recherche, par exemple les personnes étiquetées schizophrènes représenteraient autour de 0.46% de la population générale [80], là où l'entente de voix concernerait entre 0.6% et 84.0% de la population générale [81]. Elles rendent compte des limites de nos repères normatifs et du caractère socialement construit et performatif de l'étiquetage.

La proportion de personnes TGD semble suivre un gradient de générations amenant à se stabiliser [71]. L'oppression systémique mondiale à laquelle font face les personnes TGD est un élément central limitant une évaluation correcte, puisque de nombreuses personnes TGD n'auront pas la possibilité de vivre en sécurité au gré des modifications des contextes socio-culturels et des enjeux de pouvoir sociaux.

Besoins de santé

Une revue de littérature portant sur les besoins de soins des populations TGD, publiée dans la revue *The Lancet*, permet de les modéliser en trois grandes catégories [77] :

- L'accès aux soins qui reste insuffisant pour l'ensemble des populations TGD ;
- Les situations de vulnérabilités systémiques, notamment en santé mentale, sexuelle, reproductive et en accompagnement des consommations de produits et pratiques addictives ;
- L'aspect médical de la transition, pouvant inclure accès aux hormones, chirurgies, et d'autres interventions sous contrôle du système de santé.

Cette modélisation est présentée en Figure 11 au regard du modèle d'organisation en cinq lignes de la santé communautaire développé par l'OMS et la *World Organization of Family Doctors* [82].

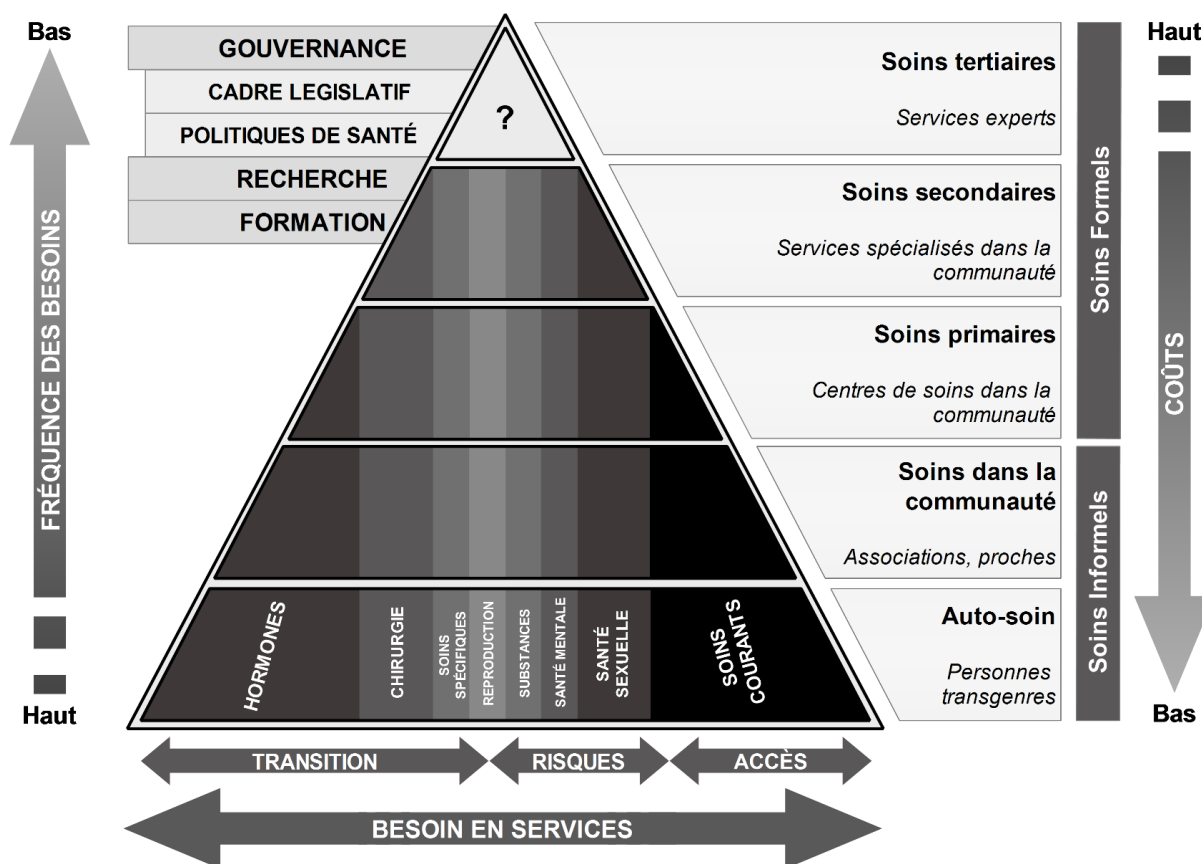


Figure 11. Modélisation des besoins de santé des populations TGD sur le modèle de la santé communautaire, d'après [77] et [82].

Bien que la quasi-totalité des systèmes dédiés aux personnes TGD en France soit concentrée sur les soins formels tertiaires, leur pertinence n'a pas été démontrée en recherche.

Le développement des recherche basées sur des approches de santé publique de la santé des populations TGD a permis d'identifier plusieurs groupes définis par leurs besoins spécifiques [78], notamment les personnes transmasculines, les personnes non-binaires, les personnes TGD âgées, les jeunes TGD, ... Les femmes transgenres et personnes transféminines reste le groupe le plus étudié et le plus marginalisé et victime de violences [83,84].

1.1.2.3. La santé trans

La *santé trans* est le syntagme francophone équivalent de l'anglais *trans health*, marginalement utilisé dans la publication scientifique : une recherche le 01 janvier 2025 sur la base MEDLINE pour « trans health[Title/Abstract] » a donné 123 résultats, publiés entre 2001 et 2025. Son emploi varie entre trois positions non-exclusives :

- La santé des personnes trans ;
- La santé des personnes trans par les personnes trans ;
- La santé par les personnes trans.

Les deux termes du syntagme portent des concepts à valeur normative et quasi-paradigmatique. *Santé* est une référence directe à la redéfinition de la santé de 1946 par l'OMS [1], *trans* est un terme communautaire désignant les personnes TGD qui renvoie à la fois à une conceptualisation affirmative de leur santé et à un affranchissement de normes sociales régulièrement reproduites en recherche universitaire [70,73]. Dans ces trois lectures, le syntagme s'éloigne d'une vision paternaliste de la biomédecine et porte une dimension participative.

Ces modifications syntaxiques sont communes dans ce domaine de recherche où le langage joue un rôle prépondérant [85], notamment parce que les discours reflètent et construisent les cadres idéologiques de la production scientifique [49]. Cette lecture est appuyée sur une définition du langage comme une pratique sociale et les acquis issus de l'analyse critique de discours [49,51,52].

La première lecture, *la santé des personnes trans*, communique une vision de la santé normée par les droits humains et basée sur une dépathologisation des personnes TGD.

La seconde lecture, *la santé des personnes trans par les personnes trans*, interroge les processus de production et d'interprétation des communications scientifiques. Elle porte un questionnement épistémique sur la valeur intrinsèque des savoirs au regard des conditions sociales d'où ils émergent. La notion de *savoirs situés* a été développée dans les travaux de Donna Haraway [86]. Parce que la « vue est meilleure d'en-dessous »⁷ [86], certaines personnes « semblent offrir des descriptions du monde plus adéquates, soutenues, objectives, transformatrices »⁸ [86]. La notion de *savoirs situés* s'inscrit dans une vision épistémique où les groupes opprimés jouiraient d'une meilleure lecture des mécanismes d'oppression [86,87]. Les personnes TGD seraient donc les plus à même de produire des savoirs sur ce qui les concerne, notamment au sujet des oppressions qu'elles subissent. La formulation corollaire serait d'interroger comment des personnes non-TGD pourraient prétendre produire des savoirs de meilleure qualité au sujet des conditions d'existence des personnes TGD que les personnes TGD elles-mêmes, notamment dans un contexte global d'incertitude et de controverse épistémiques. Cette lecture rejoint le droit fondamental des peuples à décider de leur destin, constituant des droits humains.

La troisième lecture, *la santé par les personnes trans*, semble élargir ce questionnement au-delà de la production et de l'interprétation des savoirs sur la santé des personnes TGD. Ici, l'argument épistémique est étendu dans l'idée que les personnes TGD seraient plus à même de produire certains savoirs. Cette extension d'une lecture basée sur les *savoirs situés* porte un questionnement paradigmatique au regard d'un ensemble de normes sociales qui semble indépassable pour une partie dominante des personnes impliquées dans la production scientifique, que notre organisation sociale place régulièrement en position de domination [87]. La lutte contre les discriminations à l'intérieur des organes de production de la recherche et la décolonisation de nos savoirs existants sont d'ailleurs des enjeux transversaux s'étendant bien au-delà des questions posées par les personnes TGD.

⁷ « vision is better from below » (Donna Haraway, 1988).

⁸ « seem to promise more adequate, sustained, objective, transforming accounts of the world » (Donna Haraway, 1988).

Ces lectures portent un questionnement épistémique. Dans *the structure of scientific revolutions*, paru en 1962 [88], Thomas Kuhn tente de modéliser les changements de paradigmes dans la production scientifique, notamment au regard des sciences normales et des sciences extraordinaires. De manière simplifiée, les paradigmes sont présentés comme des simplifications nécessaires à la production et l'interprétation des savoirs qui reflètent une vision dominante d'aspects de l'existence dans un contexte donné. Ces paradigmes s'établissent parce qu'ils permettent une meilleure structure de recherche que les précédents, amenant au développement de nouvelles sciences normales. La connaissance se développant, les limites paradigmatiques deviennent de plus en plus visibles, motivant un nombre croissant de sciences extraordinaires, devant conduire à un nouveau changement de paradigme et leur intégration comme base de nouvelles sciences normales.

Dans son discours interrompu devant l'école de la cause freudienne, complété et publié en 2020 dans *je suis un monstre qui vous parle : rapport pour une académie de psychanalystes* [89], Paul B. Preciado aborde ces enjeux paradigmatiques au prisme du genre et situe le dernier changement paradigmatique au début du XIX^e siècle, accompagnant les transformations sociales occidentales et l'adoption du paradigme de la différence sexuelle. Cette lecture a l'avantage de permettre une meilleure compréhension des enjeux épistémiques au sujet des personnes TGD.

Ce questionnement épistémique n'est ni exclusif ni original à la situation des personnes TGD. Par exemple, en santé mentale, le développement des *survivor research* [9–11] est un autre exemple de productions de sciences extraordinaires définies par leurs conditions propres de production : des personnes étiquetées folles se sont saisies de la communication scientifique pour transmettre leurs propres productions, amenant un bouleversement des cadres normatifs et des normes éthiques alors en cours. Ces recherches bénéficient d'une forte qualité et validité écologique [9]. Des dynamiques similaires sont observables dans le champ de l'autisme et de la neurodissidence [90], la folie et le handicap [91], ...

Les enjeux épistémiques et la réception dominante négative de ces productions scientifiques déplace le questionnement de l'épistémologie vers le politique et rejoint la lecture proposée par Michel Foucault [87,92]. La notion de subjugation des savoirs conceptualise ces enjeux épistémiques au regard de l'homéostasie des luttes de pouvoir sociales. Ici, certains savoirs sont subjugués pour préserver un statu quo et le changement paradigmatique reflète un changement des équilibres de pouvoir discursifs. Les savoirs subjugués regroupent les savoirs subjugués

érudits qui sont des « des blocs de connaissances historiques qui étaient présents dans les ensembles fonctionnels et systématiques, mais qui étaient masqués »⁹ [92], et les savoirs subjugués naïfs considérés comme possédant un niveau trop bas de cognition ou scientificité [92]. Dans cette lecture, on peut s'interroger si la finalité des recherches participatives dirigées par des personnes extérieures aux communautés impliquées ne se résumerait pas à donner une apparence suffisante de scientificité à ces savoirs pour prétendre à une supériorité épistémique sans pour autant les transformer en savoirs subjugués érudits, mais au contraire pour artificiellement valider les savoirs dominants ? Cette interrogation reprend les prémisses épistémiques des *survivor research*, où les recherches sont produites sous la direction directe, voire exclusive, de personnes survivantes des oppressions systémiques (exemple Figure 12).

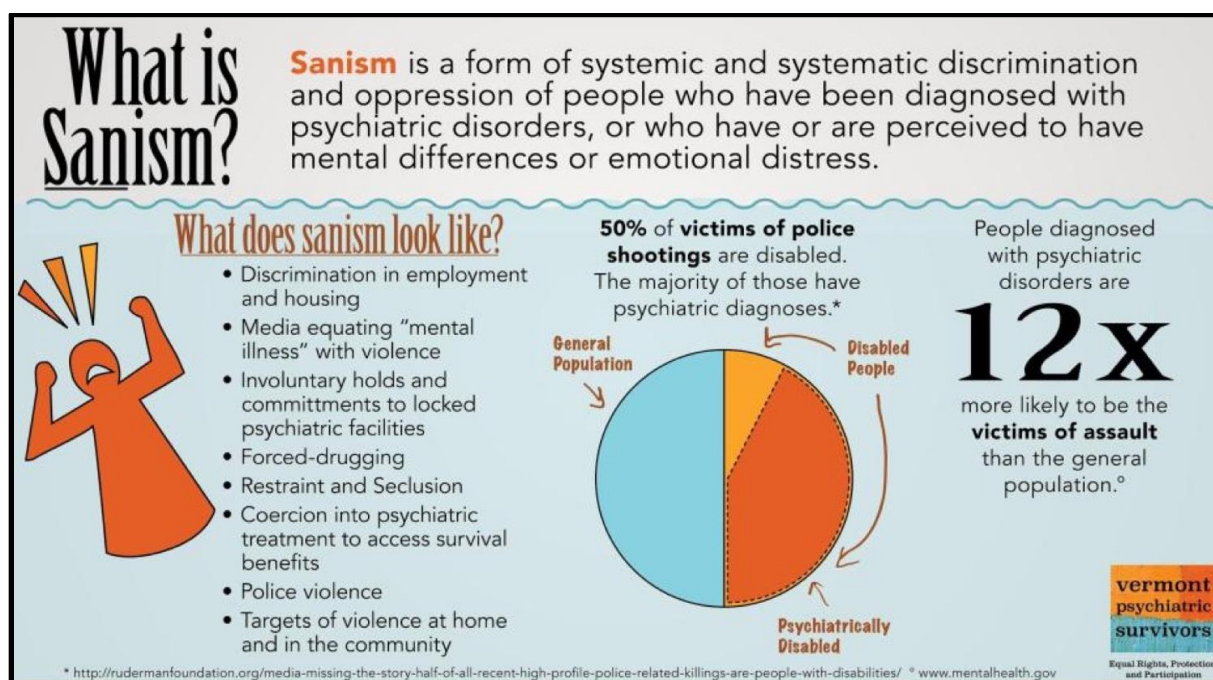


Figure 12. "What is sanism?" - infographique des survivants de la psychiatrie du Vermont [93].

D'un point de vue pratique en santé trans, ces questionnements permettent l'intégration transdisciplinaire d'autres champs connexes, notamment les études queer et les études trans. Ces deux champs transdisciplinaires établis portent intrinsèquement ces enjeux épistémiques et

⁹ « blocks of historical knowledges that were present in the functional and systematic ensembles, but which were masked » (Michel Foucault, 1980).

représentent des contributions authentiques provenant de communautés marginalisées. Les études queer ont notamment développé la remise en cause du caractère naturelle de certaines normes et documenté leur construction sociale, conduisant à de nouveaux cadres éthiques de recherche [73].

Les études trans sont définies par le Réseau International Francophone d'Études Trans comme « des recherches menées par des personnes trans sur des sujets qui les concernent » [94]. Les transmatérialismes forment un courant d'étude trans, construit sur la base des féminismes matérialistes et développé depuis le début des années 2000, qui comprend trois volets distincts (voir l'article de Pauline Clohec *du spectre du matérialisme à la possibilité de matérialismes trans, dans matérialismes trans* [95]) :

- Un volet théorique alliant une « approche antinaturaliste matérialiste des sexes » et une approche de la transitude basée sur la transition comme processus observable, à défaut d'une conceptualisation psychique ;
- Un volet critique – qui le distingue des études queer : « l'étude de la façon dont l'identité de genre est acquise ne peut pas prendre la place de l'étude de la construction sociale de la division sexuelle, bien qu'elle soit essentielle pour comprendre comment cette division sexuelle fonctionne ; mais l'acquisition de l'identité de genre ne peut, de toute évidence, expliquer l'existence même de ces genres, car ils doivent exister avant d'être acquis » (citation de [96] dans [95]). Ici, les études queer partagent avec la psychopathologisation une proximité épistémique basée sur l'identité de genre ;
- Un volet politique d'inscription dans un féminisme matérialiste nécessairement révolutionnaire, qui « implique de ne pas concevoir la transitude comme intrinsèquement subversive (comme selon sa théorisation queer) mais, à partir de l'étude de la soumission des personnes trans à l'hétérosexualité et au patriarcat, de comprendre seulement le sens politique de la transitude dans l'inscription des personnes trans dans les luttes féministes contre ces rapports sociaux » [95].

Ces approches utilisent le terme de transitude là où les discours dominants francophones utilisent encore largement celui de transidentité. La conceptualisation des personnes TGD au seul prisme des enjeux identitaires présente les identités de genre comme naturelles – ce qui est contraire à ce qui est observable dans une analyse synchronique ou diachronique du genre, et porte une psychopathologisation intrinsèque la reléguant à la vie psychique, substrat abstrait de nature psychologique et utilisé largement en pratique comme proxy du biologique ne nécessitant pas de

démonstration scientifique rigoureuse parce qu'échappant aux autres outils scientifiques que l'évaluation dominante. Cette distance des conceptions psychologiques et psychopathologiques ne sont pas circonscrites aux seuls enjeux des personnes TGD, mais communs à un ensemble de luttes communautaires pour les droits humains (exemple en Figure 13).



Figure 13. "Cognitive liberty" - infographie des survivants de la psychiatrie du Vermont [93].

Les matérialismes trans et *survivor research* partagent donc une focale sur les conditions matérielles de production épistémique et leur applicabilité pratique, et avec les théories queer une remise en cause de l'essentialisation de normes sociales. Plus largement, ces angles épistémiques présentent un intérêt certains pour la santé publique où la production et l'évaluation des savoirs, l'engagement communautaire et la participation sociale, et l'application pratique conduisant aux changements structurels nécessaires recoupent presque l'ensemble de ses douze fonctions essentielles définies par l'OMS [35].

L'enjeu de conjugaison de ces champs transdisciplinaires rejoint la troisième lecture de la *santé trans* comme *la santé par les personnes trans* et amène une inter-transdisciplinarité dont la solidification épistémique doit aboutir à une trans-transdisciplinarité trans s'inscrivant dans la production de sciences extraordinaires à vocation de révolution scientifique qui accompagnerait nécessairement une révolution sociale de nos systèmes, largement critiqués, défaillants, et dont la possibilité de réforme en faveur de la santé reste non démontrée [5,7,27].

1.2. Évolution des cadres biomédicaux

L'évolution des cadres biomédicaux et de leurs conceptualisations des personnes TGD est le témoin des transformations discursives à propos des personnes TGD. Trois grandes étapes ont été identifiées : la psychopathologisation (1838-2021), la dépsychopathologisation (2022+), puis le développement d'approches de santé publique (2010+).

Chaque étape est présentée et a fait l'objet d'une publication scientifique en rapport.

1.2.1. Psychopathologisation (1838-2021)

La pathologisation est la conceptualisation d'un phénomène comme un problème de santé. La psychopathologisation est une forme spécifique de pathologisation qui conceptualise un phénomène comme un trouble de santé mentale.

Aujourd'hui, la pathologisation et la psychopathologisation sont des sources d'injustice épistémique [97]. L'injustice épistémique est une modélisation des préjudices sociaux sous-tendus par des altérations de la perception épistémique des discours des personnes. Elle a été modélisée par Miranda Fricker en 1999, notamment sur la base de l'étude des conditions d'existence de personnes TGD [98]. Dans sa modélisation la plus simple, elle admet deux composantes centrales : l'injustice testimoniale et l'injustice herméneutique (voir Figure 14). L'injustice testimoniale regroupe la disqualification des discours des personnes et leur impossibilité de rejoindre le discours dominant. L'injustice herméneutique regroupe l'impossibilité pour les personnes d'utiliser le discours dominant pour interpréter leur propre condition. Ces notions se recoupent avec celles de savoirs subjugués développées par Michel Foucault et modélisées au regard des enjeux de pouvoir sociaux [92].

La psychopathologisation des personnes TGD s'appuie pour partie sur l'adoption du paradigme de la différence sexuelle dans la structuration sociale au début du XIX^e siècle [89]. Dans ce paradigme, l'être humain est conceptualisé comme présentant une distinction essentielle et limitée entre deux sexes distincts qui gouvernent les corps, comportements et rôles sociaux. En pratique, la psychopathologisation est un phénomène social s'intégrant dans la structuration sociale occidentale moderne et participant à des enjeux structurels de rivalité entre police et justice, et psychiatrie [99] dans l'exclusion et la marginalisation sociale d'une part de l'humanité jugée non-désirable [100]. Elle permet l'invalidation des discours des personnes et justifie leur enfermement et contrôle à vie.

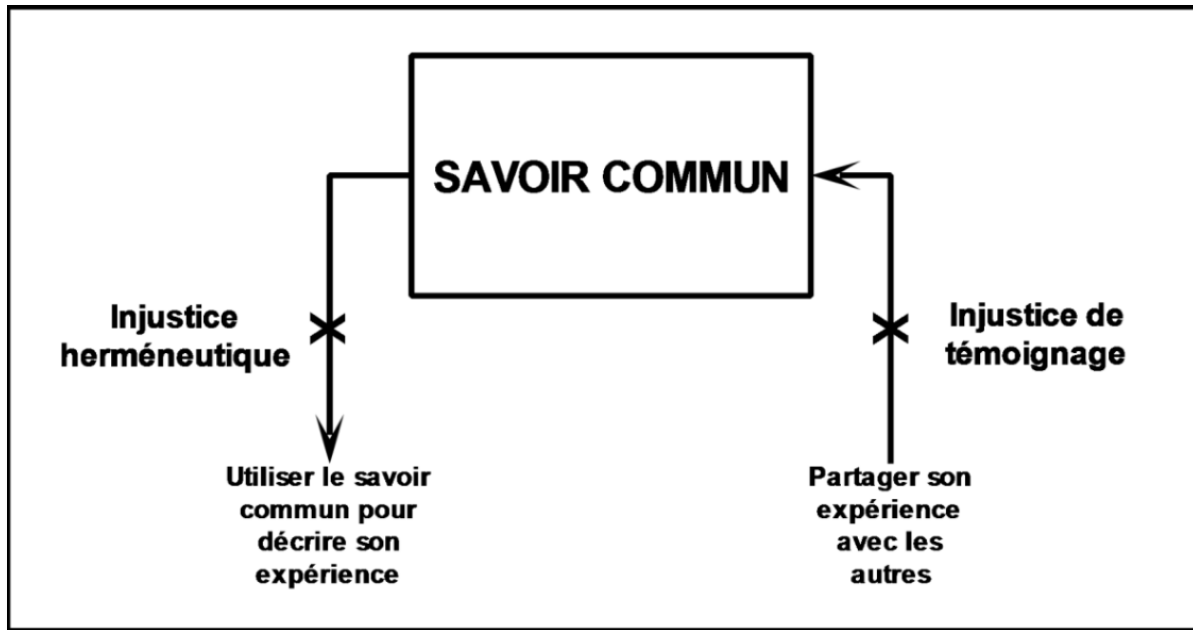


Figure 14. Modélisation de l'injustice épistémique [97].

Les personnes TGD ont été psychopathologisées dans le traité *des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* de 1838 par Jean-Étienne Esquirol, texte fondateur de l'aliénisme et de la politique de santé mentale française [101]. La publication de ce texte s'est accompagnée de la promulgation de la loi du 30 juin 1838 sur l'enfermement des aliénés qui imposait la construction d'un asile dans chaque département français, institution totale d'enfermement des personnes considérées folles [102].

La conceptualisation psychopathologique était celle de l'inversion génitale [101], développée par la suite comme inversion sexuelle [103] et notamment appliquée à la clinique sexologique par Richard von Krafft-Ebing dans *psychopathia sexualis*, publié en 1886 [104]. L'inversion sexuelle admettait quatre stades successifs :

On trouve, dans les limites de l'inversion sexuelle, des gradations diverses du phénomène, gradations qui correspondent presque complètement au degré de tare héréditaire de l'individu, de sorte que, dans les cas peu prononcés, on ne trouve qu'un hermaphroditisme psychique; dans les cas un peu plus graves, les sentiments et les penchants homosexuels sont limités à la vita sexualis; dans les cas plus graves, toute la personnalité morale, et même les sensations physiques sont transformées dans le sens de la perversion sexuelle; enfin, dans les cas tout à fait graves, l'habitus physique même paraît transformé conformément à la perversion.

C'est sur ces faits cliniques que repose par conséquent la classification suivante des différentes formes de cette anomalie psycho-sexuelle [104].¹⁰

Le premier stade était donc la dérogation aux normes sociales binaires de genre dictées par le paradigme de la différence sexuelle. Le deuxième la dérogation aux scripts sexuels hétérosexuels dominants. Le troisième l'homosexualité et la quatrième la transitude.

Ces conceptualisations étaient largement appuyées sur la théorie de la dégénérescence [105]. La transitude et la non-hétérosexualité étaient alors conceptualisées sur un spectre commun alliant genre, sexualité, et perversions morales. Elles ont appuyé la traque et l'enfermement systématique, la stérilisation, puis l'extermination systématique des personnes ainsi marginalisées [100,106]. Ces phénomènes ne sont pas spécifiques aux personnes TGD et concernaient l'ensemble des personnes victimes de psychopathologisation. L'extermination systématique était un élément central des théorisations eugénistes psychiatriques :

Je commencerais par la contrainte dans le cas des criminels incurables et sur la base du consentement dans le cas d'autres psychopathies plus graves, puis je modifierais progressivement l'attitude générale et la législation selon l'expérience. Mais si nous ne faisons rien d'autre que de permettre aux handicapés mentaux et physiques de se reproduire, et que les stocks sains doivent limiter le nombre de leurs enfants parce qu'il y a tant à faire pour le maintien des autres, si la sélection naturelle est généralement supprimée, alors, à moins de prendre de nouvelles mesures, notre race se détériorera rapidement [107] (traduit en français depuis la traduction anglaise de [108])¹¹.

Cette citation de 1924 d'Eugen Bleuler – fondateur notamment des concepts contemporains de schizophrénie et d'autisme – s'intègre dans une pratique plus large de gestion sociale des « vies qui ne valent pas d'être vécues ». Cette théorisation universitaire de la vie humaine a notamment été développée en 1920 par Alfred Hoche et Karl Binding dans leur ouvrage *libéralisation de la destruction de vies qui ne valent pas d'être vécues* [100]. Cet écrit a été largement cité lors du *procès des Médecins* et c'est en réaction à ces théorisations médicales et universitaires que la santé a été redéfinie et les droits humains définis comme cadre normatif indépassable.

¹⁰ Traduction française du Ebook#24766 du 06 mars 2006.

¹¹ « I would begin with compulsion in the case of incurable criminals and on the basis of consent in the case of other more serious psychopathies, and then gradually alter the general attitude and legislation in accordance with experience. But if we do nothing but make mental and physical cripples capable of propagating themselves, and the healthy stocks have to limit the number of their children because so much has to be done for the maintenance of the others, if natural selection is generally suppressed, then unless we will get new measures our race must rapidly deteriorate » (Eugen Bleuler, 1924, traduction anglaise de John Read, Loren R. Mosher, & Richar P. Bentall, 2004).

En France, les personnes TGD ont été condamnées à l'enfermement et au contrôle de 1838 à 1992. En 1992, et à la suite d'une condamnation de la *cour européenne des droits de l'Homme*, la France a autorisé la possibilité de transition administrative sous contrôle médical et a mis en place une politique de stérilisation systématique des personnes TGD [109]. Le contrôle médical s'est accompagné de la production de diagnostics différentiels :

Le transsexualisme doit aussi être distingué d'autres troubles :

- du travestisme fétichiste, qui concerne les hommes hétéro- ou bisexuels, pour qui le travestissement a pour but une excitation sexuelle ;
- d'un trouble de l'identité sexuelle non spécifié, chez les individus qui ont un problème d'identité sexuelle avec une affection intersexuelle congénitale concomitante (ex : syndrome d'insensibilité aux androgènes ou hyperplasie congénitale des surrénales). Un bilan hormonal et un caryotype sont nécessaires pour évaluer ces situations intersexuées ;
- un trouble mental de type schizophrénie, avec idées délirantes à thème de métamorphose sexuelle [110].

Ces diagnostics différentiels sont développés dans le rapport *situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France* publié par la *Haute Autorité de Santé* (HAS) en novembre 2009 [110]. Sans aucun support scientifique, ils permettent le contrôle médical et l'exclusion de la reconnaissance sociale et des dispositifs médicaux – et de la stérilisation forcée, substituée par l'enfermement – des personnes TGD non-hétérosexuelles, intersexes, et jugées folles [110]. Si la *cour européenne des droits de l'Homme* avait forcé la France à reconnaître les personnes TGD, cela ne s'était pas accompagnée d'un embrassement des droits humains comme nouveau référentiel normatif.

À la suite d'une nouvelle condamnation de la France [109], le contrôle médical et la stérilisation forcée ont été abolis par la loi du 18 novembre 2016 *de modernisation de la justice du XXI^e siècle*, entrée en application le 17 février 2017. Le contrôle médical a été remplacé par un contrôle judiciaire confié aux tribunaux de grande instance et dont l'application présente à ce jour les mêmes enjeux discriminatoires que le contrôle médical. Malgré la fin de la stérilisation systématique, le droit à la famille reste non protégé (voir Figure 15).

Depuis le 01 janvier 2024, les personnes TGD sont inscrites sur un fichier de police spécifique, arrêté du 19 décembre 2023 *portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « table de correspondance des noms et prénoms »*.

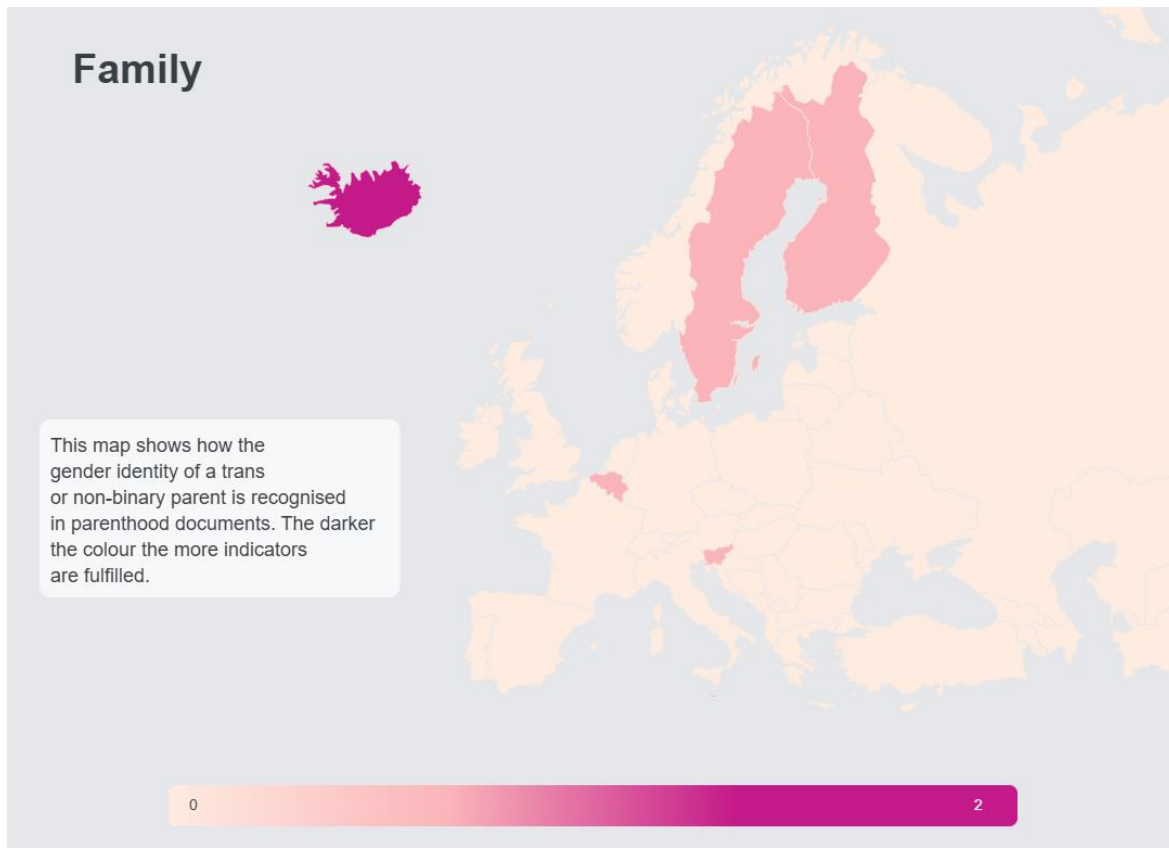


Figure 15. Protection du droit à la famille des personnes transgenres et de genre divers en Europe et Asie centrale [32].

Le contrôle des personnes TGD est donc désormais devenu un enjeu de police et judiciaire, en remplacement du contrôle médical sous-tendu par la psychopathologisation. Cette transformation de l'autorité des systèmes oppressifs est liée à la dépsychopathologisation actée par l'OMS au 01 janvier 2022 [111]. Au préalable, les conceptualisations psychopathologiques ont varié – chaque nouvelle classification amenant un nouveau concept diagnostic – et se sont modifiées au gré des évolutions sociales et conceptuelles pour maintenir l'enfermement.

Ces évolutions sont décrites dans l'Article d'introduction 1 [a01] [112].

Article d'introduction 1

[a01] **Baleige A**, Guernut M. Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies. *Implications Philosophiques* 2021. <https://www.implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies>

Constructing a new epistemology of transgender persons:
Impact of gender studies on mental health ideologies

Anna BALEIGE, Mathilde GUERNUT

Implications Philosophiques

RÉSUMÉ [a01]

La dépathologisation en 2019 des personnes transgenres par l'*Organisation Mondiale de la Santé* a permis de mettre en évidence les bouleversements épistémologiques à l'œuvre à la confluence entre sexualité, genre et santé mentale. S'ils s'accompagnent de changements de l'épistémologie médicale, ils annoncent ce que Paul B. Preciado caractérise comme la fin du paradigme de la différence sexuelle. En nous appuyant sur le cadre conceptuel développé par Norman Fairclough, nous avons procédé à une identification des cadres idéologiques dans lesquels s'opèrent ces changements épistémiques, en illustrant notamment l'impact des processus de production et d'interprétation des savoirs. Dans cet article, nous défendons que le développement des études de genre a amené l'existence d'épistémologies alternatives qui, de par leur impact politique, ont permis d'appuyer cette dépathologisation.

Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies

 implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies/

28 décembre 2021

Anna Baleige est médecin, psychiatre, dans un service de santé mentale communautaire et doctorante en santé publique à l'Université de Tours, EA 7505 Éducation Éthique Santé, sur le thème de la participation des personnes transgenres à l'organisation des soins. baleige.a@gmail.com

Mathilde Guernut est doctorante en sciences du langage à l'Université de Lille, UMR 8163 Savoirs Textes Langage, sur les thèmes des enjeux de pouvoir en santé mentale, la linguistique de corpus et l'analyse critique de discours. mathilde23guernut@gmail.com

Résumé

La dépathologisation en 2019 des personnes transgenres par l'Organisation Mondiale de la Santé a permis de mettre en évidence les bouleversements épistémologiques à l'œuvre à la confluence entre sexualité, genre et santé mentale. S'ils s'accompagnent de changements de l'épistémologie médicale, ils annoncent ce que Paul B. Preciado caractérise comme la fin du paradigme de la différence sexuelle. En nous appuyant sur le cadre conceptuel développé par Norman Fairclough, nous avons procédé à une identification des cadres idéologiques dans lesquels s'opèrent ces changements épistémiques, en illustrant notamment l'impact des processus de production et d'interprétation des savoirs. Dans cet article, nous défendons que le développement des études de genre a amené l'existence d'épistémologies alternatives qui, de par leur impact politique, ont permis d'appuyer cette dépathologisation.

Mots-clés : Épistémologie ; Genre ; Médicalisation ; Personnes transgenres ; Santé mentale

Abstract

The depathologization in 2019 of transgender persons by the World Health Organization highlighted epistemological shifts at work at the confluence of sexuality, gender and mental health. If they are accompanied by changes in medical epistemology, they signal what Paul B. Preciado characterizes as the end of the paradigm of sexual difference. Based on the conceptual model developed by Norman Fairclough, we have identified the ideological frameworks in which these epistemic changes are taking place, illustrating in particular the impact of the means of knowledge production and interpretation. In this

article, we argue that the development of gender studies has led to the existence of alternative epistemologies which, because of their political impact, have made it possible to support this depathologization process.

Keywords : Epistemology; Gender; Medicalization; Transgender persons; Mental health

Introduction

This paper attempts to grasp the epistemological impact of gender studies on psychiatric and medical nosographies. To this end, we have focused on knowledge construction on transgender persons, located at the convergence of gender, psychiatric and medical epistemology.

The complex etymology of the term *transgender* combines medical epistemology and political activism[1]allowing for the political aggregation of a multitude of gender experiences and definitions[2]. Thus, rather than enumerating normative definitions, it is easier to define it by what it is not, i.e., the politics of what we will refer to as *hetero-cis-normative binarity*. We thus define as *hetero-cis-normative binarity* the political action that falls within the paradigm of *sexual difference*[3] and takes as its exclusive model of normality a sexuality based on gender binarity, the concept of heterosexuality and the immutability of gender assigned at birth. This definition is in line with what Paul B. Preciado describes as *colonial heteropatriarchy*[4]. With the substantive *trans*, it is today widely used by communities to define themselves and in opposition to terms such as *transsexual* or *dysphoric*, which refer to an essentialist vision specific to medical epistemologies.

Its political conceptualization allowed the redefinition of those sometimes presented as *gender minorities* as an oppressed group, setting their epistemology in issues of social power. This redefinition leads us to consider medicine and the control it can have over bodies as part of a system of oppression, referring to the concepts of *biopolitics* and the exercise of *biopower* (see Michel Foucault[5]). This deconstruction as power dynamics leads us to identify dominant and dominated discourses, for whom we will use the concept of *state power* (see Norman Fairclough[6]) as the use of *ideology* as a support for the oppression exercised by institutions and which can be manifested through *coercion* or *consent*. We will consider that this exercise of power confines dominated and dominants in the implementation of paradigms.

We will use *mental health*, in reference to the Constitution of the World Health Organization (WHO)[7], to refer to a bio-psycho-social reading of individual well-being, including medicine and psychiatry. If the notion of gender stems from medical epistemology, it has acquired its own independence with the development of gender studies. For the purpose of this analysis, we will summarize gender studies as the development of an alternative epistemology to the essentialist model promoted by psychiatry as a manifestation of the functioning of the brain, of the psychological as a proxy for the biological.

We will defend the thesis that, through the structuration of alternative epistemologies, gender studies supported the depathologization of transgender persons and contributed to a paradigm shift in mental health. To this end, we will structure our argument around a synchronic analysis of contemporary mental health ideological frameworks and their epistemologies of transgender persons. We will rely heavily on Preciado's discourse[8], which we consider a cornerstone of epistemological deconstruction of transgender persons' medicalization. We chose not to focus on the role of psychoanalysis, which is unevenly distributed worldwide and extensively analyzed in his text. Since its aim is to highlight the epistemological mechanisms of medical constructions, this paper is written almost exclusively from a Western perspective, which may give a false illusion of robustness to certain medical concepts that tend to generalize socially defined exceptions as immutable natural explanations.

To further illustrate the impact of gender studies, we will report on the results of a synchronic analysis of gender in mental health ideological frameworks to report on how transgender persons are conceptualized within each of today's ideological frameworks. Studying transgender persons is used here as a proxy for the integration of gender studies. Following a quick definition of each of the four frameworks, we will begin by deconstructing mechanics driven by ideology and then present its theorization and practical application. This methodology had previously been used to account for the multiplicity of contemporary ideological frameworks in mental health and highlighted three major frameworks: Psychiatry, Recovery and Mad Pride[9]. Here, we focused not only on epistemology, but also on social purpose in regards to the use of power. From the 19th century, we identified six distinct ideological frameworks, four of them being actively used in contemporary medical research. Half are based on biology and justify organizational modalities of power, and half focus on social structure and impact hermeneutic capacities and *common sense*[10].

I – The biological perspective

These ideological frameworks share the predominance of biology as a theoretical approach to mental health and serve the exercise of *state power*. Although the theories vary they share a similar praxis: the exercise of medical authority over the containment and control of everyday life of part of the population. The discourses produced share the same orders of discourse and their production and interpretation processes are controlled by the state and medicine.

Contemporary frameworks both derive from a common ideological framework which dominated medical discourse from the beginning of the 19th century to the end of World War II (WW2) and aimed towards the acquisition of the new republican state's control over the power of *total institutions*[11], in conjunction with the police and justice systems[12]. As such, it is faithful to Fairclough's description of the exercise of *state power* through *coercion* and serves primarily to respond to the need of new justifications of power through the development of a new epistemology. We use the French term *aliénisme* to characterize this framework highly developed and implanted in France.

Although it marks a major epistemic change, *aliénisme* does not represent a paradigm shift (unlike the shift regarding sexualization of bodies[13]), and continues to implement practices of the previous century that Foucault described as the *Great Confinement*[14]. Previous epistemologies based on insanity as a moral and non-organic evil, rendering the person unfit for life in society and motivating their protective isolation[15], are replaced by a biological basis, transforming the insane into the mentally ill. Madness was framed as hereditary and untreatable, modifying the social function of insanity and giving institutions the role of protecting society[16]. This new epistemology had an impact on practice until the end of WW2 and fueled the eugenicist psychiatry of the early 20th century, serving as justification for policies of mass sterilization of “confirmed criminals, idiots, imbeciles and rapists”[17] and euthanasia where it is argued that psychiatry played a central role in the Holocaust[18]. The Nuremberg trials, the birth of the United Nations (UN) and the Universal Declaration of Human Rights marked the end of *aliénisme* and correspond to the ideological reforms of the mid-twentieth century supporting the shift from *coercion* to the manufacture of *consent* in the exercise of *state power*[19].

Preciado argues that the medicalization of transgender persons is rooted in the 19th century and the adoption of the paradigm of *sexual difference*. This led to developing “the aesthetics of anatomical difference”, placing what are regularly presented as realist anatomical truths[20] in their socio-cultural context by integrating the construction of scientific discourse and the aesthetics it produces[21]. Through its impact on the social and practical modalities of knowledge construction, this paradigm led to an understanding of human beings constructed through the prism of *hetero-cis-normative binarity*, or what Preciado calls the “circus of the hetero-patriarchal binary regime”[22]. Any deviation from this new definition of normality becomes a new form of abnormality which, “taken both as an object of analysis and a target of intervention”[23], will underlie its medicalization in contemporary *aliénisme*.

Before the concept of gender was introduced, the *hetero-cis-normative binarity* did not differentiate between today’s notions of sexual orientation and gender identity, leading alienists and psychiatrists to assign a shared status of degenerate on the basis of common nosographic constructions: first Jean-Etienne Esquirol with *genital inversion* in 1838[24], then Richard von Krafft-Ebing with *sexual inversion* in 1886[25]. The major nosographic challenge for psychiatry at that time was to evaluate potential risks to society of insufficiently systematic medicalization by differentiating between congenital and acquired forms:

The establishment of the fact that contrary sexual instinct existed before indulgence in masturbation is of great importance with reference to deciding whether the anomaly is congenital or not. In this, however, a difficulty arises, owing to the possibility of imperfect localization of past events (illusions of memory). For the presumption of acquired contrary sexual instinct, it is important to prove the existence of hetero-sexual instinct before the beginning of solitary or mutual onanism.[26]

This focus carries the main clinical stake: since it is assumed that an acquired anomaly can be corrected while a congenital anomaly will be considered incurable, confinement will initially be justified by the necessary specialized psychiatric evaluation and its continuation through either treatment of the anomaly or its incurability. In matters of sexuality, the challenge of psychiatry is mainly to protect the *hetero-cis-normative binarity* by controlling morals and racial purity, in conjunction with the justice system and the criminalization of LGBTQI+ behaviors. This can be illustrated by the contemporary texts of Eugen Bleuler, major contributor to today's concepts of *schizophrenia* and *autism*:

I would begin with compulsion in the case of incurable criminals and on the basis of consent in the case of other more serious psychopathies, and then gradually alter the general attitude and legislation in accordance with experience. But if we do nothing but make mental and physical cripples capable of propagating themselves, and the healthy stocks have to limit the number of their children because so much has to be done for the maintenance of the others, if natural selection is generally suppressed, then unless we will get new measures our race must rapidly deteriorate.[27]

Even switching from *aliénisme* to more modern frameworks, other forms of control over the reproduction of transgender persons, with increasing contribution of the administration through marriage or change of civil status, replaced the lost benefit of confinement. In France, forced sterilization was lifted in 2016 and remains practiced in Europe despite its condemnation[28]. Biological perspective needs to define a biological lesion, a developmental anomaly, to legitimize its practices. The idea of damages occurring in the brain (e.g. Von Krafft-Ebing and his contemporaries[29]) is still an active field of research today[30] combining neuroscience, neuroimaging, genetics and epigenetics. These researches allow the inclusion of psychiatry's hold of transgender bodies inside the rest of medicine, and thus consecrates the populations it oppresses to the status of patients. The biological vision is now shared by other disciplines and participates in an epistemic construction where:

[...] sexual orientation and gender identity are as biological, innate and immutable as the other traits conferred during that critical time in gestation. Negative social responses to diverse orientations or gender identities have caused marginalization of these individuals with resultant alienation from medical care, reduced self-care and reduced access to medical care.[31]

Biological psychiatry and the biomedical approach will, however, diverge on the conceptualization of biological theories in relation to the social environment.

I. 1. Biological psychiatry (1880-present)

Contrary to *aliénisme*, the purpose of biological psychiatry is not to justify *coercion*, but enable the use of *state power* through *consent*. To use Miranda Fricker's concept[32], it enables psychiatry to control hermeneutic resources used to conceptualize mental suffering:

In virtue of their scientific authority, psychiatric concepts, where used, tend to skew the hermeneutical resources toward psychiatric understandings of problems, marginalizing other explanations – such as individual abuse or social discrimination – in medical and political contexts.[33]

Embracing biology expanded the field of psychiatry outside of asylums to quickly include new medical conceptions of everyday suffering. This increase in power persisted beyond WW2 with the identification of a growing number of mental illnesses, which rose from 108 in 1952 to 354 in 1994[34]. Epistemologically, a variety of theories derived from social degeneration arise and overlap, sharing the hereditary nature of mental illnesses in spite of the absence of scientific evidence[35]. Another core postulate is that mental illnesses are brain diseases[36], justifying research in neuroscience and neuroimaging. This epistemic pursuit, still ongoing today, illustrates the central issue of legitimacy in regards to other medical disciplines[37] and justifies *coercion* – disregarding charges of ill-treatment[38] or torture[39] by the UN. However, it succeeded in creating a demand for medical treatment, influencing hermeneutic capacities and modified *common sense* to allow *state power* to be growingly expressed by manufacturing *consent*:

This is ‘common sense sustaining unequal relations of power’ in the sense that it helps deflect attention away from an idea which could lead to power relations being questioned and challenged – that there are social causes, and social remedies, for social problems.[40]

Biological psychiatry defines its illnesses only as biological abnormalities, relegating psychological and social aspects to external factors influencing access to care or the attitude of patients from the perspective of discrimination. Transgender persons are conceptualized as suffering from cerebral anomalies requiring medicalization. The major evolution since has been the differentiation between what is now called sexual orientation and gender identity in the middle of the 20th century[41] with the creation of *transsexualism* (David Cauldwell, 1949, generalized by Harry Benjamin in 1966[42]). This diagnosis is integrated in psychiatric classifications: in the 3rd Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, 1980) and in the 10th International Classification of Diseases (ICD-10, 1990)), replacing or completing *transvestism*.

The main practical consequence of this conceptualization is the psychiatrist’s intention to correct the inversion and thus bring the individual’s behavior back in line with their assigned gender. Preciado points out that this nosographic anchorage is combined to a “shift in language”, reclassifying *transsexualism* as a behavioral disorder (see ICD-10 where the chapter of “mental disorders” becomes “mental and behavioral disorders”). Clinical practices are thus oriented towards the correction of disruptive behavior, now grouped under “conversion therapies”, initially involving both gender identity and sexual orientation. While their end is still awaiting, as shown by recent debates in France, their significant contradiction with human rights allowed for growing political activism through a global ban movement.

I. 2. The biomedical approach (1945-present)

The biomedical approach is ideology supporting organizational modalities of exercising *state power* through psychiatry, following the fall of *aliénisme*, to enact *biopower*. Shifting from *aliénisme*, through hypostatic abstraction[43], the illness replaced the individual as justification of incapacity[44]. *Coercion* is gradually made invisible in practice and in language where “compulsory hospitalizations” became “care without consent” in the 2011 French law. These lexical evolutions contrast with the motive of legislative changes, namely the unconstitutionality of previous laws in regard to individual rights[45]. The biological perspective is backed up by a psycho-social clinical arsenal. Psychological and social aspects are conceptualized as the individual and functional impact of biology. Psychosocial rehabilitation[46] techniques are developed to enable persons who accept the *common sense* – biological illness as the root of their problem and a new status of patient – to reintegrate society under the new status of *rehabilitated patient*.

Practical implementation integrates psychological and social dimensions as consequences, proxies of the biological, integral parts of the disease and therefore under the authority of the psychiatrist. If this approach may have been impacted by the development of gender studies and the deconstruction of gender as a social practice, it differs mainly on the epistemological aspect and keeps to an essentialist vision. Reaffirming *hetero-cis-normative binarity*, illness does not refer to the will to change one's gender but to the transgression of gender norms that psychiatry actively reinforces[47]. Thus, *transsexualism* was first reshaped in the DSM-IV as *gender identity disorder*, then, in the DSM-5, absorbed the concept of *gender dysphoria* developed in 1973[48] and made it possible to widen the field of the medical intervention beyond simple *transsexualism*:

Encompassed in a spectrum of gender disorders would be effeminate homosexuality or hyper-masculine homosexuality in the female, male and female transvestitism, a fascinating subgroup of patients who could be termed inadequate passive-dependent personalities with a mild to moderate transvestic fetish and a group of overtly sociopathic persons who merely seek gender reorientation or sex conversion operations as a means of becoming a “professional” transsexual and thereby to gain fame, notoriety and wealth.[49]

Medicine proposes a set of psycho-social rehabilitation interventions aimed at bringing the person's gender into conformity with their gender identity. This approach, diverging from conversion therapies, is based on the practical observation that it is easier to act on physical characteristics than on psychological ones. It became obvious from a *hetero-cis-normative binary* viewpoint that wishing to change one's assigned gender had to be caused by significant suffering, and *common-sense* dictates physician's role to ease suffering. It appears then natural to propose solutions, provided that the person meets a certain number of criteria, participating in the construction of what sociologist Karine Espineira calls a *therapeutic shield*[50]:

Factors such as physical passability, vocational skills, overall psychic and emotional stability, past and present ego strengths, familial support, appreciation of core gender principles, absence of significant sociopathy, absence of psychotic symptoms and multiple or intensive neurotic symptoms (as manifested by impulsivity, poor judgment, deviousness, narcissism, manipulateness, masochism, exhibitionism and low self-esteem) are all factors that are heavily weighted in the overall team decision as to acceptability for sex conversion.[51]

There is no need to deconstruct this list to see clearly how it fits into the *hetero-cis-normative binarity*, into the paradigm of *sexual difference*, how it leads transgender persons to parade in the “circus of the hetero-patriarchal binary regime”. *Gender dysphoria* represents the necessary suffering that transgender persons have to endure because of their illness, their abnormality, or to use Preciado’s words their status as “monsters”. However, the current use of the concept remains unclear and oscillates between its biomedical conception and its role in the exercise of administrative power as a necessity for access to hormones or surgery[52], illustrating the links between nosography, epistemology and the exercise of *state power*.

II – The social perspective

These frameworks are characterized by their heterogeneity of approaches and theories. They share the goal of ending power dynamics, mainly the use of *coercion*, and are rooted in the psychiatric survivors movement of the 1960s, in line with the civil rights movement.

Development of new hermeneutic resources and the creation of the concept of *recovery*[53] questioned the legitimacy of the exercise of power by relying on skepticism towards psychiatric theories, and, facing epistemic uncertainties, advocates for practical and political changes on the basis of medical ethics (*primum non nocere*) and human rights[54]. Subsequently, it developed a unified *anti-language* aiming to remove certain traits inherent to mental illness, most notably incurability. It relies heavily on the concept of lay knowledge drawn from personal experience, defined as a “truth learned from personal experience with a phenomenon rather than truth acquired by discursive reasoning, observation, or reflection on information provided by others” and known as *experiential knowledge*[55]. The practical demonstration of the possibility for psychiatric survivors to recover started a paradigm shift with further exposure of the epistemic fragility of psychiatry, such as Rosenhan’s experiment[56].

Alternative modalities of knowledge construction under the direct control of survivors resulted in divergent epistemologies, questioning the essentialism advocated by psychiatry[57]. Survivors, not psychiatrists, contributed to the UN’s application of human rights to disability and mental health, leading to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2006, which calls for a ban of *coercion* and recognition of legal capacity. Mental illness is reframed as *disability*[58], with implications on *state power*.

The crisis in mental health should be managed not as a crisis of individual conditions, but as a crisis of social obstacles which hinders individual rights. Mental health policies should address the 'power imbalance' rather than 'chemical imbalance'. [59]

If the dominant discourse encompasses an essentialist approach based on an epistemology constrained by *hetero-cis-normative binary*, the social perspective represents attempts of dominated discourses to modify power balance. Political action aims at transforming the means of discourse construction. While the UN is surprisingly silent on sexuality, other founding texts such as the Yogyakarta principles [60] provide a framework for the application of human rights. This political struggle driving transgender persons' organizations, in a similar way to psychiatric survivors if not more effective and more organized by their inclusion in the broader LGBTQI+ movement, peaked with the 2010 WHO's detachment from medical epistemology in favor of inputs from gender studies:

The WHO, and not a Trans-Fags-Dykes Anarco-feminist organization, now asserts that 'gender described as either male or female is a social construct, gender varies from society to society and can change over time'. [61]

The WHO officially announced the depathologization of transgender persons for the new edition of the ICD, adopted in 2019 and coming into effect in 2022. Although changes may be read as depathologization, ICD-11 retains diagnoses associated with transgender persons: *gender incongruence of childhood* and *gender incongruence of adolescence or adulthood* [62]. The professional experts in charge of designing the new classification argue that retaining these diagnoses "is in no way a 'proposed pathologisation', but rather a de-pathologisation" and that their deletion or inclusion as "non-disorder categories (Z codes) would not ensure appropriate access to services for this population" [63], joining the concept of *therapeutic shield*. To be understood, these arguments must be read in the context they were conceived in: ICD-11 was not only designed to classify human beings, but also to have a clinical impact and usefulness in terms of practice and communication [64]. It is also the first international medical classification that departs from the idea of a universal definition of health, referring to what Preciado describes as *patriarcho-colonial ideologies* [65], in order to take into account local socio-cultural contexts. The concomitance of moving away from universality, searching for practical solutions and recognizing gender as a social construction does not appear fortuitous and seems to fit with Preciado's inevitable construction of a *new epistemology*:

Epistemology, by definition conservative, slow and viscous, then becomes recalcitrant, harmful or even deleterious, until it is replaced by a new epistemology, a new device, able to answer the new questions. [66]

Therefore, considering transgender persons within mental health frameworks quickly leads to a confusion of logical types, and one should not see in the following analysis an attempt at repathologization, but rather a reading with the specific codes of each ideological framework.

II. 1. The recovery-oriented approach (2013-present)

The recovery-oriented approach follows the recognition of psychiatric survivors as an oppressed minority by the UN and appears for the first time in political discourses in 1998[67] and in 2013 for the WHO. In practice, although many tools are being developed, implementation is difficult as professionals remain trained in a psychiatric framework and services are expected to similarly enact *state power*. This led to epistemological confusion and *recovery* to be reconceptualized as an additional tool in the psychiatric practice[68], mixed with psycho-social rehabilitation. A growing number of states are putting forward recovery-oriented policies without changing the social organization or the coercive role of psychiatry[69]. This reappropriation by the state of *anti-language* acts as a process of *naturalization*[70] and an apparent depoliticization of *recovery*[71]. Regarding discourse production, the recovery-oriented approach balances academic, professional and experiential knowledge[72], but in practice, power imbalances lead to phenomena of tokenism and psychiatric survivors rejecting *recovery*[73] (see *Recovery in the Bin*[74]).

Recovery-oriented practice supports an organizational modality of composing between a new epistemology and the constraints of the exercise of *state power*. Thus, applying this ideological framework to transgender persons would be based on several principles[75] : accepting depathologization by recognizing the person's capacity for self-determination rather than the physician's; recognizing that suffering is neither necessary nor a reflection of mental illness but rather the impact of *hetero-cis-normative binarity* and therefore rejecting any attempt to repathologize transgender persons based on alleged psychiatric co-morbidities[76]; supporting the community mental health system which places the persons themselves and their peers as first line mental health and general practitioners as an entry point into the health care system[77].

This model is also known as the *informed consent model*[78] and marks – if only in language – a rupture with psychiatry, still largely alien to the principle of *consent*. Psycho-social rehabilitation is replaced by *transition*, a concept found in the WHO's official definition of *gender incongruence*. In practice, relying on *consent* and the ability for each person to state their objectives and their course of action makes it possible to go beyond the question of binarity and thus opens up the possibility of non-binary gender expressions. In this case, the use of the mental health system is conceptualized as an acceptable solution pending global political changes, but suffers from practical difficulties with social organization where it is still largely under the influence of psychiatric and psychoanalytic ideologies[79].

II. 2. Mad Pride (1999-present)

Mad Pride marks the revival of psychiatric survivors movements and is named after the movement active in the United Kingdom between 1999 and 2012, as a continuation of the Black and Gay Pride movements[80]. Reclaiming terms used to stigmatize as a new *anti-language*, they aim to re-politicize alternative epistemologies, not to change psychiatric practices, but to contribute to a global paradigm shift:

The Mad Pride movement is not merely a movement for mental patients' rights. It is a movement about the right to be different... In contrast to the Survivor's movement, which focuses on changing the mental health system, the implicit if not explicit goal of the Mad Pride movement is a transformation of society as a whole. [81]

Movements aligned with the Mad Pride paradigm are relatively recent and their practices differ greatly, but share a particular concern for acting on means of discourse production based on social justice as a way to fight *epistemic injustice*[82]. Theoretical principles reframe mental illness as a form of *psychic diversity* and a normal phenomenon of human experience[83]. Mad people are then conceptualized as an oppressed minority based on this difference. If modalities of knowledge production vary, they remain under the control of Mad activists and are exemplified by initiatives of collectives such as Intervoice[84] or the Icarus Project/ Fireweed Collective [85]. Recently, Mad Studies[86] has emerged as a field of transdisciplinary academic study of the production of Mad knowledge.

In its history and mechanics, it is placed in the continuity of other civil rights movements, notably the LGBTQI+ Pride. Therefore, it seems fair to consider the Mad Pride as being similar to the LGBTQI+ Pride applied to the field of *psychic difference*, with a similarity in the exercise of *state power* through abnormalization and pathologization. The mental health of transgender persons would therefore be approached from the perspective of social power issues and would share certain founding principles identified in the recovery-oriented approach but reject any form of medicalization justified by the use of the health care system[87]. The overlapping dynamics of the feminist, anti-racist, intersex, trans, handi-queer and psychiatric survivor movements, as well as their convergent reading grids, lead us to consider a global paradigm shift rather than a multitude of specific changes. Thus, the abolition of *hetero-cis-normative binarity* is accompanied by a simultaneous abolition of patriarchal, colonialist, capacitist and sanist paradigms. As in other fields, mad people already initiated within Mad Studies[88] the development of “an epistemology capable of taking into account the radical multiplicity of the living”, which seems to mark the beginning of what Preciado considers as:

A process of transformation in the order of political and sexual anatomy similar to the one that led from Ptolemaic epistemology to Copernican heliocentric epistemology. Or from the monosexual regime to the anatomy of sexual difference between 1650 and 1870. Or to the one introduced by quantum physics and relativity in relation to Newtonian physics at the beginning of the 20th century.[89]

III – Discussion

The simultaneous existence of diverging ideological frameworks is probably the first result of this synchronic analysis. This brings out a new field of analysis on their communication and the construction of discourse at their convergence. Acquiring these discourses would probably be the first practical difficulty and a possible entry point would be to analyze their interactions within the transgender community. On an exploratory basis, these elements appear in Natalie Wynn's videos, in which – while transitioning – she engaged different

characters embodying a specific ideology[90]. These exchanges would center around Abigail Cockbane, a second wave feminist defending the primacy of biological sex, Tiffany Tumbles, self-defining herself as suffering from *gender dyphoria*, Justine, who defines gender as performance and her transition as the adoption of gender norms, and Tabby, who defends her self-determination independently of the social norms she wishes to abolish. Their dialogues respectively address the status of transgender women as women[91], the question of non-binarity in relation to psychiatry[92], and the place of aesthetics in gender transition[93]. If these questions seem to reflect obvious points of discordance between ideologies, they also highlight their political implications both through the clear political identification of each character, but also through the (de)structuring effect they can have on the millions of people watching them and discovering these issues for the first time.

Beyond reinforcing the relevance of Preciado's remarks, the results of this analysis highlight the overlapping of epistemological changes in mental health and gender. Indeed, Fairclough's methodology shares an epistemic proximity with Preciado's and a common connection with previous works, especially Foucault's who already highlighted the proximity of sexuality, gender and *psychic difference*. By deconstructing the *common sense* and allowing a constructivist reading, gender studies, like Judith Butler's[94], have made it possible to highlight the place of ideology in epistemic construction and initiate change. With reference to Julia Serano's writings[95], they also enabled us to free biology from its authority over bodies and its position as a reflection of nature as a non-questionable justification for the exercise of *state power*. The stake would therefore be, first and foremost, political, in which movements on sexuality, gender and *psychic difference* will "perhaps face a new necropolitical alliance of colonial patriarchy and new pharmacopornographic technologies"[96].

Conclusion

This analysis allowed us to highlight the relations between ideological frameworks and epistemic construction, rooting knowledge in construction processes, in a social context, in an ideology and ultimately in a paradigm. Our argument is that gender studies, by deconstructing these elements surrounding knowledge, have allowed the emergence of new epistemologies that have come to interact with the similar but slower dynamics observed in mental health.

The medicalization of homosexual and transgender persons illustrates two distinct methodologies of depathologization. Homosexuality's removal from psychiatric classifications, in 1987 (DSM) and 1992 (ICD), was carried out in 1973[97]. It relied on an ethical interrogation on the best way to handle homosexuality, caught between political and practical stakes. Making nosography rely on ethics has been regularly cited as a major flaw in psychiatric epistemology and has largely challenged its essentialist theories[98], questioning why psychiatrists have the power to decide what is presented as a natural truth.

Gender studies made it possible to move this interrogation from ethics to politics. The WHO's depathologization of transgender persons is based on field studies testing the hypothesis of *gender dysphoria* in a multitude of social contexts[99]. These studies sought first the existence of psychological suffering and then its origin by opposing an internal origin related to *gender dysphoria* and a social origin resulting from experiencing violence and exclusion[100]. International results largely highlighted that suffering was neither necessary nor internal, but related to phenomena of social violence. These results have come to invalidate the hypothesis of *gender dysphoria* and made it possible to ground the medical view of transgender persons in a constructivist social approach.

In both, the production of knowledge remained under the strict control of professionals, with the exception of the Lille study[101] where the steering committee included a transgender person who became on this occasion a peer researcher[102]. If gender studies made it possible to change the position of mental health experts, changing the means of knowledge construction is yet to come. One can therefore legitimately wonder what approach would transgender activists have taken had they been entrusted with such epistemic changes – sign of a genuine initiation of a paradigm shift.

These elements also raise questions about the WHO's responsibility towards other mental health diagnoses. In terms of sexuality and gender, mental health is now conceptualized as a second-order property, unlike for mental illnesses[103]. However, the existence of alternatives and the weakness of psychiatric epistemology would be valid arguments for applying this depathologization process to all psychiatric diagnoses. But are the WHO and us, as a society, ready to assume the possible consequences for persons defining themselves as voice hearers[104]? To quote Preciado one last time, is answering this question more difficult “than for a seaplane to land at Orly airport or for a quantum to ‘land’ at Newton’s”[105]?

[1] Cristan Williams, “Transgender”, in *TSQ*, vol.1, no 1-2, Duke University Press, 2014, p.232–234.

[2] Katarzyna Dułak & Jan Świerszcz, *Violence and empowerment psychological support for LGBTQ persons*, Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii, 2015, p.82.

[3] Paul B. Preciado, *Je suis un monstre qui vous parle*, Paris, Grasset, 2020. (translations by the authors), p.67-88.

[4] *Ibid*, p.44.

[5] Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

[6] Norman Fairclough, *Language and power*, London, Longman Group UK Ltd., 1989, p.27-28.

[7] World Health Organization, *Constitution of the World Health Organization*, Geneva, WHO, 1946, p.1.

[8] Paul B. Preciado, *op. cit.*

[9] Mathilde Guernut & Antoine Baleige, « Crise environnementale et santé mentale : nouveaux enjeux épistémiques, nouvelles approches », *Amnis*, no 19, internet, Université de Bretagne occidentale, 2020.

[10] Norman Fairclough, *op. cit.*, p.33.

[11] Erving Goffman, *Asylums*, London, Penguin Books, 1991.

[12] Antoine Baleige, *L'enfermement psychiatrique, entre liberté, santé, et dangerosité : analyse critique de son articulation à la totalité du système social français*, Internet, Baleige Antoine, 2019, p.136-173.

[13] Paul B. Preciado, *op. cit.*, p.76.

[14] Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.

[15] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, Librairie J. Ant. Brosson, 1809.

[16] Jacques Hochmann, *Théories de la dégénérescence : d'un mythe psychiatrique au déclinisme contemporain*, Paris, Odile Jacob, 2018.

[17] J.L. Birley, "Political abuse of psychiatry", *Acta Psychiatrica Scandinavia*, vol.101, no 399, 2000, p.13-15.

[18] Peter Breggin, "Psychiatry's role in the holocaust", *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, no 4(2), Amsterdam, IOS Press, 1993, p.133-48.

[19] Norman Fairclough, *op. cit.*, p.77-108.

[20] Kenneth Kendler, "The nature of psychiatric disorders", *World Psychiatry*, vol.15, no 1, 2016, p.5-6.

[21] Thomas Laqueur, *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Harvard University Press, 2003, p.163-164.

[22] Paul B. Preciado, *op. cit.*, p.27.

[23] Michel Foucault, *op. cit.*, p.37.

[24] Étienne Esquirol, *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, Bailliere, 1838.

[25] Richard von Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, Chaddock, Charles Gilbert, 1894, p.319.

[26] *Idem.*

[27] Eugen Bleuler, *Textbook of psychiatry*, Internet, University of Florida libraries, 2010.

[28] Maria Elisa Castro-Peraza *et al.*, "Gender Identity: The Human Right of Depathologization", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol.16, no 6, 2019, p.978.

[29] Harry Oosterhuis, "Sexual Modernity in the Works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll", *Medical History*, vol.56 no 2, Cambridge, Cambridge University Press, 2012, p.133-155.

[30] Mohammad Reza Mohammadi & Ali Khaleghi, "Transsexualism: A Different Viewpoint to Brain Changes", *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, vol.16, no 2, 2018, p.136-143.

[31] Katherine A O'Hanlan *et al.*, "Biological origins of sexual orientation and gender identity: Impact on health", *Gynecologic oncology*, vol.149, no 1, 2018, p.33-42.

[32] Miranda Fricker, *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford, Oxford Univ Press, 2007, p.1.

[33] Dan Degerman, "Maladjusted to injustice? Political agency, medicalization, and the user/survivor movement", *Citizenship Studies*, vol.24, no 8, Internet, Routledge, p.4.

[34] Bassam Khoury *et al.*, "The DSM: mindful science or mindless power? A critical review", *Frontiers in Psychology*, vol.5, art.602, Pully, Frontiers Research Foundation, 2014, p.1-8.

[35] Joseph Jay, "The "Missing Heritability" of Psychiatric Disorders: Elusive Genes or Non-Existent Genes?", *Applied Developmental Science*, vol.16, no 2, Mahwah, Lawrence Erlbaum, 2012, p.65-83.

[36] Robert Whitaker, *Anatomy of an epidemic*, New York, Broadway, 2010.

[37] Ali Amad *et al.*, "Keep Calm : Psychiatric Disorders Are Organic ! The Power of Words in Medicine", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol.50, no 1, Internet, Sage, 2016.

[38] United Nations, *Mental health and human rights A/HRC/34/32*, Internet, UN, 2017, p.11.

[39] United Nations, *Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment A/HRC/43/49*, Internet, UN, 2020, p.11.

[40] Norman Fairclough, *op. cit.*, p.85.

[41] Dana Jennett Bevan, *The Psychobiology of Transsexualism and Transgenderism: A New View Based on Scientific Evidence*, Santa Barbara, Praeger, 2015, p.42.

- [42] Harry Benjamin, *The Transsexual Phenomenon*, New York, 1966.
- [43] Jay Zeman, "Peirce on Abstraction", *The Monist*, vol.65, no 2, Cambridge, ProQuest LLC, p.211-229.
- [44] Danielle Blondeau & Éric Gagnon, « De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser : une analyse critique », *Les Cahiers de droit*, vol.35, no 4, Quebec, Laval University Law faculty, p.651-673.
- [45] Conseil Constitutionnel, *Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010*, 2010.
Conseil Constitutionnel, *Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012*, 2012.
- [46] Nicolas Franck, *Traité de réhabilitation psychosociale*, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2018.
- [47] Paul B. Preciado, *op. cit.*, p.89-105.
- [48] Norman Fisk, "Gender dysphoria syndrome: The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen", *Western Journal of Medicine* vol.120, no 5, London, BMJ Publishing Group, 1974, p.386-391.
- [49] *Idem*, p.388.
- [50] Karine Espineira, « Le bouclier thérapeutique : discours et limites d'un appareil de légitimation », *Le sujet dans la cité*, vol.1, no 2, L'Harmattan, 2011, p.189-201.
- [51] Norman Fisk, *op. cit.*, p.388.
- [52] Florence Ashley, "The Misuse of Gender Dysphoria: Toward Greater Conceptual Clarity in Transgender Health", *Perspectives on Psychological Science*, Oxford, Wiley-Blackwell, 2019.
- [53] Dan Degerman, *op. cit.*, p.5-6.
- [54] Antoine Baleige, *op. cit.*, p.47-75.
- [55] Thomasina Borkman, "Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups", *Social Service Review*, vol.50, no 3, London, National Council of Social Service, 1976, p.445-456.
- [56] David Rosenhan, "On being sane in insane places", *Science*, vol.179, no 4070, 1973, p.250-258.
- [57] Kenneth Kendler, *op. cit.*, p.5-12.

[58] Marno Retief & Rantsoa Letšosa, "Models of disability: A brief overview", *HTS*, vol.71, no 1, 2018.

[59] United Nations, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health A/HRC/35/21*, Internet, UN, 2017, p.19.

[60] International commission of jurists, *Yogyakarta principles: the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*, 2007.

[61] Paul B. Preciado, *op. cit.*, p.109.

[62] <http://id.who.int/icd/entity/344733949> ; <http://id.who.int/icd/entity/90875286>

[63] Jack Drescher *et al.*, "Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: a human rights perspective – Authors' reply", *The Lancet*, vol.3, no 5, 2016, p.406.

[64] Geoffrey Reed, "Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders", *Professional Psychology: Research and Practice*, vol.41, no 6, 2010, p.457-464.

[65] Paul B. Preciado, *op. cit.*, p.116.

[66] *Ibid*, p.71-72.

[67] Mary O'Hagan, "Recovery in New Zealand: Lessons for Australia?", *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, vol.3, no 1, 2004, p.1-3.

[68] K. S. Jacob, "Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care", *Indian Journal of Psychological Medicine*, vol.37, no 2, 2015, p.117-119.

[69] Ministère des Solidarité et de la Santé, *Feuille de route – Santé mentale et psychiatrie*, 2018.

[70] Norman Fairclough, *op. cit.*, p.91-93.

[71] Dan Degerman, *op. cit.*, p.8-11.

[72] Mathilde Guernut & Antoine Baleige, *op. cit.*, p.3.

[73] Dan Degerman, *op. cit.*, p.10.

[74] <https://recoveryinthebin.org/>

[75] Antoine Baleige *et al.*, "Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: leads from field experimentations in Lille", *Transgender Health*, 2021.

[76] Marion Bernard *et al.*, « Identité de genre et psychiatrie », *Adolescence*, t.37, no 1, 2019, p.111-123.

[77] World Health Organization & Wonca, *Integrating mental health into primary health care: a global perspective*, Geneva, WHO, 2008, p.16.

[78] Sarah Schulz, "The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria", *Journal of Humanistic Psychology*, vol.58, no 1, 2018, p.72-92.

[79] Paul B. Preciado, *op. cit.*, p.116-127.

[80] Dan Degerman, *op. cit.*, p.5.

[81] Seth Farber, *The Spiritual Gift of Madness: The Failure of Psychiatry and the Rise of the Mad Pride Movement*, Rochester, Inner Traditions, 2012, p.1.

[82] Miranda Fricker, *op. cit.*

[83] Mohammed Abouelleil Rashed, *Madness and the demand for recognition: a philosophical inquiry into identity and mental health activism*, Oxford, Oxford University Press, 2019.

[84] <https://www.intervoiceonline.org/>

[85] Sascha Altman DuBrul, "The Icarus Project: A Counter Narrative for Psychic Diversity", *Journal of Medical Humanities*, vol.35, no 3, New York, Human Sciences Press 2014, p.257-71. <https://fireweedcollective.org/>

[86] Brenda leFrançois *et al.* (ed.), *Mad matters: a critical reader in Canadian mad studies*, Brown Bear Press, 2013.

[87] Shaindl Diamond, "Trapped in change, Using Queer Theory to Examine the Progress of Psy-theories and Interventions with Sexuality and Gender", in Bruce Cohen (ed.), *Routledge International Handbook of Critical Mental Health*, Routledge, 2019, p.89-97.

[88] Diamond Shaindl, "Feminist Resistance against the Medicalization of Humanity: Integrating Knowledge about Psychiatric Oppression and Marginalized People", in Bonnie Burstow *et al.* (ed.), *Theorizing resistance and crafting the (r)evolution*, Brantford, McGill-Queen's University Press, 2019, p.194-207.

[89] Paul B. Preciado, *op. cit.*, p.113.

[90] https://contrapoints.fandom.com/wiki/Category:ContraPoints_characters

[91] Natalie Wynn, *TERFs*, Contrapoint, transcript <https://www.contrapoints.com/transcripts/archives/terfs> (discussion between Abigail Cockbane & Tiffany Tumbles)

[92] Natalie Wynn, “*Transtrenders*”, Contrapoint, 2019. (discussion between Tiffany Tumbles & Justine)

[93] Natalie Wynn, *The Aesthetic*, Contrapoint, 2018. (discussion between Justine & Tabby)

[94] Judith Butler, “Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory”, *Theatre Journal*, vol.40, no 4, 1988, p.519-531.

[95] Julia Serano, *Whipping Girl*, Seal Press, 2016.

[96] Paul B. Preciado, *op. cit.*, p.122.

[97] Submitted to a vote at the annual convention of the American Psychiatric Association where 60.7% voted in favor – See Neel Burton, “When Homosexuality Stopped Being a Mental Disorder”, *Psychology Today*, 2015.

[98] James Davies, *Cracked: Why Psychiatry is Doing More Harm than Good*, Icon Books, 2014.

[99] Rebeca Robles, *ICD-11 field studies on Gender Incongruence: Evidence from African, Arab, European and Latin American countries for removing transgender categories from the chapter on mental disorders*, European Congress of Psychiatry, 2018.

[100] Rebeca Robles *et al.*, “Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11”, *The Lancet Psychiatry*, vol.3, no 9, 2016, p.850-859.

[101] Françoise Askevis-Leherpeux *et al.*, “Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study”, *European Psychiatry*, vol.59, 2019, p.8-14.

[102] Marie de la Chenelière, « De patient à chercheur : parcours d’empowerment autour de la transidentité », *L’information psychiatrique*, vol.94, no 10, 2018, p.817-823.

[103] Raphael von Riel, *op. cit.*, p.2.

[104] <http://revfrance.org/>

[105] Paul B. Preciado, *op. cit.* p.105.

1.2.2. Dépsychopathologisation (2022+)

Malgré des décennies d'activisme pour les droits humains [113–116], la dépsychopathologisation des personnes TGD par l'OMS a pris la forme d'un enjeu nosographique [68] au regard de l'utilité clinique, critère central de la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) [117]. La priorité a été donnée au maintien de l'apparente validité des nosographies psychiatriques. Contrairement à la dépsychopathologisation et dépathologisation de la non-hétérosexualité opérée par l'*American Psychiatric Association* [118] et actée par l'OMS dans la dixième révision de sa classification en 1990, la dépsychopathologisation des personnes TGD s'est appuyée sur des travaux de recherche. Leur objectif était double : établir que la détresse psychologique et les troubles comportementaux n'étaient ni une condition nécessaire, ni interne aux personnes TGD.

Une première étude a été menée au Mexique et publiée en 2016 dans *The Lancet Psychiatry* [66]. Cinq autres études comparables ont été menées par la suite dans d'autres pays, menant à une publication générale argumentant la supériorité clinique d'une conceptualisation nosographique non-psychopathologique par rapport aux conceptions psychopathologiques encore actuelles de l'*American Psychiatric Association* [68]. Toutes les études menées ont mis en évidence que la détresse et les troubles du comportements n'étaient ni une condition nécessaire, ni d'origine interne mais largement secondaires aux expériences de rejets, discriminations et violences.

Une de ces études a été menée en France en partenariat avec la *Maison Dispersée de Santé* de Lille, coordinatrice d'un réseau de santé dépsychopathologisé historique basé sur la réduction des risques [119]. Contrairement aux autres, cette étude a revendiqué un caractère participatif en accueillant des chercheuses TGD et en travaillant directement avec certaines communautés locales pour établir le lieu d'étude et accéder à la population recrutée.

Les résultats ont été rapidement communiqués à l'OMS et à des sociétés savantes concernées. La communication affichée [pi01] [120] et son résumé [r01] [121] présentent l'argumentaire nosographique clinique. Une autre communication a également été faite au congrès de la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) [pi02] [122].

L'argumentaire détaillé est présenté dans l'Article d'introduction 2 [a02] [64].

Article d'introduction 2

[a02] Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, **Baleige A**, Chouchane S, Martin M-J, Robles-García R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *European Psychiatry* 2019;59:8–14. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005>

Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11:
A French study

Françoise ASKEVIS-LEHERPEUX, Marie DE LA CHENELIÈRE, **Anna BALEIGE**,
Sarah CHOUCANE, Marie-Jeanne MARTIN, Rebeca ROBLES-GARCÍA,
Ana FRESÁN, Alexandre QUACH, Anne-Claire STONA, Geoffrey REED,
Jean-Luc ROELANDT

European Psychiatry

RÉSUMÉ [a02]

Contexte.

En vue de la 11e version de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM-11), l'*Organisation Mondiale de la Santé* a recommandé de renommer la transidentité transgenre en "incongruence de genre", de la retirer du chapitre des troubles mentaux et du comportement, et de la placer dans une nouvelle catégorie intitulée "Affections liées à la santé sexuelle". Ceci devrait contribuer à réduire la stigmatisation tout en maintenant l'accès aux soins médicaux. Un argument en faveur de la dépsychiatisation est de démontrer que les caractéristiques essentielles des troubles de l'identité de genre, à savoir la détresse psychologique et le handicap fonctionnel, ne sont pas nécessairement rapportées par toutes les personnes transgenres, et peuvent résulter du rejet social et de la violence plutôt que de la dysphorie elle-même. D'abord confirmées au Mexique, ces hypothèses ont été testées dans un contexte médical français spécifique, où l'accès aux soins ne nécessite pas d'évaluation ou de diagnostic de santé mentale préalable.

Méthode.

En 2017, 72 personnes transgenres ont participé à des entretiens rétrospectifs portant sur la période où elles ont pris conscience qu'elles pouvaient être transgenres et potentiellement auraient besoin d'y faire quelque chose.

Résultats.

Les résultats ont montré que la détresse psychologique et le handicap fonctionnel n'ont pas été signalés par tous les participants, qu'ils peuvent résulter du rejet et de la violence, et en particulier du rejet et de la violence provenant des collègues de travail et des camarades d'école. Des données supplémentaires ont montré que l'utilisation des services de santé pour la modification corporelle ne dépendait pas de la détresse ou du dysfonctionnement. Enfin, les participants ont préféré que la CIM-11 utilise les termes "transgenre" ou "transidentité" plutôt que "incongruence de genre".

Conclusion.

Les résultats appuient la dépsychiatisation. Ils sont discutés au regard de la valeur ajoutée et des implications médicales, éthiques, juridiques et sociales de la dépsychiatisation.



Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study



Françoise Askevis-Leherpeux^{a,b,*}, Marie de la Chenelière^{a,c,d}, Antoine Baleige^a, Sarah Chouchane^a, Marie-Jeanne Martin^c, Rebeca Robles-García^e, Ana Fresán^e, Alexandre Quach^a, Anne-Claire Stona^a, Geoffrey Reed^{e,f}, Jean-Luc Roelandt^{a,b}

^a EPSM Lille-Métropole, WHOCC for Research and Training in Mental Health, 211 rue Roger Salengro, 59260 Hellemmes, France

^b Equipe INSERM - ECEVE (UMR 1123), 75011 Paris, France

^c Maison Dispersée de Santé, 167 Rue d'Arras, 59000 Lille, France

^d Association Nationale Transgenre (Transgender National Association), 54097 Nancy, France

^e National Institute of Psychiatry "Ramón de la Fuente Muñiz", Calz México-Xochimilco 101, Huipulco, 14370 Tlalpan, Mexico City, Mexico

^f World Health Organisation, 1211 Geneva, Switzerland

ARTICLE INFO

Article history:

Received 17 December 2018

Received in revised form 27 March 2019

Accepted 30 March 2019

Available online 10 April 2019

Keywords:

International Classification of Diseases

Transgender identity

Depsycheiatrisation

Clinical protocols

Health policy

Human rights

ABSTRACT

Background: For the 11th version of the International Classification of Diseases, the WHO recommended to rename transgender transidentity as "gender incongruence", to remove it from the chapter of mental and behavioral disorders, and to put it in a new category titled "Conditions related to sexual health". This should contribute to reduce stigmatisation while maintaining access to medical care. One argument in favor of depsychiatrisation is to demonstrate that essential features of gender identity disorders, namely psychological distress and functional impairment, are not necessarily reported by every transgender person, and may result from social rejection and violence rather than dysphoria itself. Initially confirmed in Mexico, these hypotheses were tested in a specific French medical context, where access to care does not require any prior mental health evaluation or diagnosis.

Method: In 2017, 72 transgender persons completed retrospective interviews which focused on the period when they became aware that they might be transgender and perhaps would need to do something about it. **Results:** Results showed that psychological distress and functional impairment were not reported by every participant, that they may result from rejection and violence, and especially from rejection and violence coming from coworkers and schoolmates. Additional data showed that the use of health services for body transformation did not depend on distress and dysfunction. Finally, participants preferred ICD 11 to employ "transgender" or "transidentity" rather than "gender incongruence".

Conclusion: Results support depsychiatrisation. They are discussed in terms of medical, ethical, legal, and social, added values and implications of depsychiatrisation.

© 2019 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

1.1. Context

In the still relevant version of ICD (ICD10, F64*; Gender Identity Disorders), transgenderism is considered a mental illness, including a large spectrum of disorders. This raises two main challenges in day-to-day practice. First, the label of mental illness itself is a source of stigmatisation, which, in turn, affects transgender health [1]. Second, in almost all countries, access to care is dependent upon receiving an official psychiatric diagnosis. This raises questions about the ethics of

requiring psychiatric diagnoses before transgender people can obtain medical treatment and hormonal-surgical reassignment [2–4]. But to our knowledge, in some countries, including France, the medical process can be successfully engaged without considering a psychiatric diagnosis as a prerequisite.

Evidence that would support depsychiatrising would demonstrate that essential features of gender identity disorders, namely psychological distress and functional impairment, are neither necessary nor sufficient. It was initially confirmed by Robles et al. [5] in Mexico, and then by Campbell et al. [6] in South-Africa, who observed that distress and dysfunction were not reported by everyone (no necessity) and were related more to experienced violence or rejection than to transgender identity itself (no sufficiency). Thus the aim of the research was to replicate the original Mexican study in a different cultural and medical context, specifically within a transgender

* Corresponding author.

E-mail address: fleherpeux@epsm-lille-metropole.fr (F. Askevis-Leherpeux).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005>

0924-9338/© 2019 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

population receiving transgender related care in a French primary care setting independent from mental health services.

1.2. From ICD-10 to ICD-11

In the tenth revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), “transgenderism” was named “transsexualism”, defined as the desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, and considered an example of “gender identity disorders” (for the evolution of the ICD, see [7,8]). For the ICD-11 version, the Department of Mental Health and Substance, in collaboration with the Department of Reproductive Health, suggested renaming transgender identity to “gender incongruence”, to remove it from the chapter of mental and

behavioral disorders and to put it in a new category titled “Conditions related to sexual health” [7]. Reclassifying transgender diagnoses would be less stigmatising while maintaining access to medical care [9,10].

In June 2018, the WHO publicly adopted this proposition, and abandoned “opposite sex” or “anatomic sex” in favor of “experienced gender” and “assigned sex”. These changes reflect the evolution of clinical, theoretical, and social views. They also challenge the importance of language as a source of stigmatisation, including in the setting of scientific publications [11]. Moreover, because the ICD is an international standard and language is not free from culture, the labeling of categories must be questioned [12]. A direct translation from the English labeling might not be appropriate, and phrasing should be discussed with all stakeholders, especially transgender people.

1.3. A multi-level stigmatisation: some French illustrations [13,14]

Stigmatisation results not only from being a transgender person, but also from the psychiatrisation of the diagnosis. It can occur at both structural and interpersonal levels and may be internalized as self-stigmas [15]. Moreover, not only experiencing but also expecting rejection may have negative mental or psychological consequences [16,17] and, as for most stigmatised minority groups, coping strategies are not always adaptive [18].

Considering transgenderism a mental health issue denies some human rights. For instance, in France, until the beginning of 2016, it was difficult to obtain a sex change from the courts, because this change was made on the basis of psychiatric and medical attestations, and was still based on a binary definition of transidentity. Moreover, courts may rule against transgender people in child custody cases on the basis of transgenderism being a mental disorder. Changing marital status was also difficult before the new law on marriage equality (2013), which opened marriage to same-sex people, enabling transwomen or transmen to get married or to remain married with the same person after transition.

1.4. Escaping psychiatry in the medical care process: a French innovative medical center

The MDS (Maison Dispersée de Santé), located in Lille (France), supports transgender people in their transition process, in close collaboration with local associations. The core idea is to provide access to support and care, especially hormone therapy, without the need for a psychiatric diagnosis. This initiative started with people who were refused hormonal treatment by health services and resorted to self-medication. This pragmatic and innovative position gives MDS a pioneering position in the depsychiatrisation of transgenderism [19]. The number of users (16–80 years old) increased from 94 in September 2015 to 264 in February 2017, illustrating the success of the structure.

The care protocol at the MDS differs from the typical French protocol in several ways: there is no long diagnostic and prognostic

evaluation phase and psychiatric follow-up is not required; there is no inclusion selection, and no obligation for the user to accept medical decisions. It is close to the WPATH's standards of care [20], in that it is respectful of the person. However, informed consent is sought by giving appropriate information related to own transition process. The people who come to request hormone therapy are considered like any others who submit a request for care. This does not extend to surgery access. In such a case, they have to conform to a hospital's protocol, or have surgery abroad if they have sufficient financial resources.

1.5. Objectives

One important issue in the debate regarding depsychiatrisation is the validity of diagnosis essential features, i.e. psychological distress and functional disability. As argued by some authors [21,22], and confirmed by others [5], even if these features are commonly experienced by transgender people, they are not universal and are reported only by a small portion of those seeking treatment [23,24]. Moreover, they can relate to factors other than trans-identity, in particular the social environment responsible for stigmatisation.

In this context, in line with the WHO's recommendations and in agreement with the work of Robles et al. [5], the main objective of this study was to examine in a specific psychiatry-free French context,

- 1 If all transgender people report having experienced psychological distress or functional disability (as ICD-10 requires).
- 2 If psychological distress and functional disability can result from factors other than gender identity, in particular rejection of, and violence against, transgender people.

The secondary objective was to examine whether the use of health care services for the transformation of the body was related to factors other than gender identity such as distress, dysfunction, rejection or violence.

Finally, new to this study, we examined the phrasing of gender change (for additional data, see [25]).

2. Methods

2.1. Background

The research program was conducted after a meeting organized at The French University “Paris-Sorbonne” (2010), with the participation of transgender people, representatives of transgender associations, members of the French WHO CC and members of the “Medicine, Science, Health and Society” research group. Communications were published in a special issue of *L'information Psychiatrique* (2011), titled *Troubles liés au genre* (gender related disorders) (see also [26]). Following this meeting, the project was monitored by a participative steering committee, the Trans Collective and the MDS. All participants received constant updates until the edition of the WHO CC report.

2.2. Participants

The study took place in 2017, before the release of the latest edition of the ICD (June 2018). Seventy-two people aged 18–50 volunteered and signed an informed consent. They were currently attending, or had until recently attended, the MDS.

2.3. Materials

2.3.1. Main questionnaire

The main questionnaire, available on request, was translated and adapted from the one used by Robles et al. [5] in Mexico. It included two types of questions: information about the population

(sociodemographic data and history of gender identity) and retrospective questions about experiences of gender incongruence, rejection, violence, distress and dysfunction.

Retrospective questions referred to a given period of time, called the *Index Period*, during which gender incongruence, distress and dysfunction may have been particularly prominent [27]. It was defined as the age the participants became aware that they might be transgender and perhaps might need to do something about it. They were introduced as follows: "Now, I'm going to ask you a few questions about the particular feelings and thoughts you had at this time (*Index Period*). I am not asking how you feel or think now, but how you remember you felt or thought during that particular time in your life. Do not try to interpret your experience through what you know and what has happened to you since then; just try to tell me about your thoughts and feelings at that time". The participants were questioned on the following topics:

- Gender category: Current identity, Birth category.
- Use of health care services
- Trans-identity (dichotomous answers and/or ratings): Experience of discomfort due to secondary sexual characteristics, changes made to become closer to the desired gender, and desire to be considered a member of that gender.
- Psychological distress: experience and intensity, and means used to face it.
- Functional disability : experience and intensity [28], across three domains: family, social, work or school
- Social Rejection and Violence related to gender identity, and from whom

2.3.2. Additional question

"According to you, which terms would best designate gender change?"

2.4. Statistical analyses

Sixty-nine participants were included in analyses. The remaining three, defined themselves as queer, i.e. outside of binary gender categorization, were too few to be considered as a group.

Descriptive statistics were calculated, and Chi-square analyses or independent sample t-tests were used for comparison purposes. Analyses were performed with SPSS-X version 20 for Windows.

3. Results

3.1. Population

The mean age of the sample was 27.7 (SD = 9.6, range = 18–50) years, with more than half of the participants having been assigned a male sex at birth (60.9%; $n = 42$). At the time of the study, 73.9% ($n = 51$) were single, 37.7% ($n = 26$) were gainfully employed and 31.9% ($n = 22$) were full-time students.

As seen in Table 1, on average, participants reported they first became aware of their transgender identity and considered their options for gender transition at 9.2 years of age, and were aware of secondary sex characteristics at 12.8 years of age. A high percentage of participants reported having used some health service for body transformation at some point in their lives (82.6%; $n = 57$). Among these, all received hormone treatment, initiated at an average age of 24.8 years, and 91.2% ($n = 52$) with medical supervision. Only 33.3% ($n = 23$) reported having received surgery, the first one reported at age of 27.3 years. Compared with transwomen, transmen reported younger ages when they received hormone treatment ($M = 21.2$, vs. $M = 27.3$ years; $t_{(67)} = 2.9$, $p = 0.005$) and surgery ($M = 23.1$ vs. $M = 31.2$ years, $t_{(67)} = 2.3$, $p = 0.03$).

Participants reported having experienced an intense level of desire to be a different gender than the one assigned at birth, $M = 4.8$ (SD = 1.0; range 3–6), where a score of 6 represents the most intense level. All participants reported discomfort with several aspects of their bodies and a desire to make a variety of changes to make themselves more similar to their desired gender (Table 2). More participants assigned a female sex at birth, compared to those assigned a male one, expressed discomfort with voice ($\chi^2_{(1)} = 6.9$, $p = 0.008$, Fisher = 0.01), hips ($\chi^2_{(1)} = 22.1$, $p < 0.001$, Fisher < 0.001) and chest ($\chi^2_{(1)} = 20.7$, $p < 0.001$, Fisher < 0.001) and changed their way of dress ($\chi^2_{(1)} = 4.3$, $p = 0.03$, Fisher = 0.04), while more participants assigned a male sex at birth, compared to those assigned a female one, expressed discomfort with pubic hair ($\chi^2_{(1)} = 6.8$, $p = 0.009$, Fisher = 0.01).

3.2. Experience of social rejection and violence

More than half of the participants (55.1%, $n = 38$) reported having experienced social rejection related to their gender identity during the index period, most commonly by schoolmates or coworkers (71.0%, $n = 27$), followed by family members (57.8%, $n = 22$) and friends (26.3%, $n = 10$). The most common form of rejection from family members and friends was being treated with indifference or being ignored (31.8%, $n = 7$ and 44.4%, $n = 4$), while rejection by schoolmates or coworkers was with verbal or physical aggression (37.5%, $n = 9$).

Violence related to their gender identity was experienced by 46.4% ($n = 32$) of the participants. Among these, all reported having suffered psychological violence, followed by physical violence (53.1%, $n = 17$) and sexual violence (28.1%, $n = 9$). Economic and workplace/school violence were the least frequently reported (25.0%; $n = 8$ for each). Violence was mostly perpetrated by family members (53.1%, $n = 17$) or by a person well known to the participant (friend, colleague, neighbor) (40.6%, $n = 13$).

A similar proportion of transwomen and transmen reported having experienced social rejection in general (54.8%, $n = 23$ vs 55.6%, $n = 15$; $\chi^2_{(1)} = 0.004$, $p = 0.94$) and violence (47.6%, $n = 20$ vs 44.4%, $n = 12$; $\chi^2_{(1)} = 0.06$, $p = 0.79$). More transmen experienced rejection from friends than did transwomen (25.9%, $n = 7$ vs 7.1%, $n = 3$; $\chi^2_{(1)} = 4.6$, $p = 0.03$, Fisher = 0.04).

3.3. Gender identity, use of health services, violence and rejection based on distress and functional disabilities

A high percentage of participants (88.4%, $n = 61$) reported having experienced psychological distress related to their gender identity. Among those participants, the most common reports of distress included depressive symptoms (72.1%, $n = 44$), suicide ideation or attempt (37.7%, $n = 23$) and symptoms of anxiety (36.1%, $n = 22$). On a scale from 0 to 100, the average level of distress among those who reported it was high ($M = 78.2$, SD = 16.9; range 30–100). A total of 23.0% ($n = 14$) of those who experienced distress reported distancing themselves from others, and 21.3% ($n = 13$) engaging in self-destructive behaviors (fighting, abusing substances, and attempting suicide). Only 36.1% ($n = 22$) reported having received specialized psychological or psychiatric treatment, and half of these ($n = 11$) found the treatment to be beneficial. Differences between participants who reported and those who did not report distress associated with their gender identity are shown in Table 3.

A similar proportion of transmen (96.3%; $n = 26$) and transwomen (83.3%; $n = 35$) reported having experienced distress. A higher proportion of male sex at birth participants who experienced discomfort with facial/body hair reported distress. Also, participants who reported distress had significantly higher levels of work/scholastic dysfunction.

Dysfunction related to experienced gender identity was reported by 85.5% ($n = 59$) of the sample. Social and work/scholastic

Table 1

Demographic features, use of health services for body transformation and ages related to transidentity and body transformation according to current gender identity (Women vs. Men).

	Total Sample (n = 69)	Women/ Transwomen (n = 42)	Men/Transmen (n = 27)
	<i>Mean (SD; Range)</i>		
Age (Years)	27.7 (9.7; 18–50)	30.8; (11.0; 18–50)	22.9 (4.4; 18–34)
Years of education	13.7 (2.5; 9–20) n %	14.0 (2.5; 9–20)	13.3 (2.4; 9–18)
Employment status – paid	26 37.7%	16 38.1%	10 37.0%
Marital status – Single	51 73.9%	31 73.8%	20 74.1%
Body transformation – Yes	57 82.6%	33 78.6%	24 88.9 %
Hormonal treatment	57 82.6%	33 78.6%	24 88.9%
Surgeries	23 33.3%	12 36.4%	11 45.8%
	<i>Mean (SD; Range)</i>		
Age of first awareness of transgender identity and maybe needing to do something about it	9.2 (3.9; 3–17)	9.9 (3.9; 3–17)	8.2 (3.7; 3–16)
Age of first awareness of secondary sex characteristics ^a (Interview index period)	12.8 (2.0; 10–20) (n = 48)	13.3 (2.1; 11–20) (n = 26)	12.2; (1.8; 10–17) (n = 22)
Age at first hormonal treatment	24.8 (9.0; 14–50)	27.3 (10.9; 14–50)	21.2 (3.6; 17–28)
Age at first surgery for body transformation	27.3 (9.2; 18–50) (n = 23)	31.2 (11.0; 18–50) (n = 12)	23.1 (4.0; 18–29) (n = 11)
Type of surgery (of those who had received surgery)	n % (n = 23)	n % (n = 12)	n % (n = 11)
Mastectomy	11 47.8%	–	11 100%
Breast implants	7 30.4%	7 58.3%	–
Nose	4 17.3%	4 33.3%	–
Hysterectomy	4 17.3%	–	4 36.3%
Facial feminization	3 13.0%	3 25.0%	–
Sexual reassignment	3 13.0%	3 25.0%	–
Liposculpture	2 8.6%	2 16.6%	–
Chin	2 8.6%	2 16.6%	–
Adan's apple	2 8.6%	2 16.6%	–
Forehead	2 8.6%	2 16.6%	–
Capillary implants	2 8.6%	2 16.6%	–
Ovarectomy	2 8.6%	–	2 18.1%
Buttock implants	2 8.6%	1 8.3%	1 9.0%
Cheekbones	1 4.3%	1 8.3%	–
Throat	1 4.3%	1 8.3%	–

Note: " Transwomen" refers to people whose sex assigned at birth was male and who made a transition to a female identity, and vice versa for "Transmen".

^a Based on subjects whose first age of awareness of transgender identity was at the age of 12 or less.

dysfunction were the most frequently reported (71.0%, n = 49 for each), while family dysfunction was reported by 44.9% (n = 31) of individuals. Average level of dysfunction (10-point scale) was moderate for social dysfunction (M = 5.2; SD = 3.4; range 0–10) and work/scholastic dysfunction (M = 4.9; SD = 3.3; range 0–10) and low for family dysfunction (M = 3.3, SD = 3.5, range 0–10). Dysfunction attributed to gender identity was similarly reported by transwomen (83.3%; n = 35) and transmen (88.9%; n = 24). Participants who experienced dysfunction also reported more experiences of rejection by schoolmates/coworkers.

A higher proportion of participants who used health services for body transformation had gainful employment, and asked to be referred to as the desired gender. Experiences of rejection, violence and level of dysfunction did not vary as a function of body transformation.

3.4. Appropriate word(s) to designate gender change

Analysis was focused on two aspects:

Table 2

Discomfort with body aspects and behavioral changes performed during interview index period to be more like the desired gender, according to assigned sex at birth.

	Total Sample (n = 69) n %	Assigned sex at birth – Male Transwomen (n = 42) n %	Assigned sex at birth – Female Transmen (n = 27) n %
<i>Body area of discomfort</i>			
Genitals	50 72.5%	31 73.8%	19 70.4%
Voice	43 62.3%	21 50.0%	22 81.5%
Pubic hair	20 29.0%	17 40.5%	3 11.1%
Hips	23 33.3%	5 11.9%	18 66.7%
Chest	47 68.1%	20 47.6%	27 100.0%
Hand or feet	12 16.7%	9 21.4%	3 11.1%
Facial hair (if birth-assigned male)	–	24 57.1%	–
Body hair (if birth-assigned male)	–	22 52.4%	–
Menstruation (if birth-assigned female)	–	–	23 85.2%
<i>Behavioral changes performed to be more like the desired gender</i>			
Attempting to change physical appearance	52 75.4%	29 69.0%	23 85.2%
Dressing differently	46 66.7%	24 57.1%	22 81.5%
Choosing a different name corresponding to desired gender (even if not shared with others)	36 52.2%	20 47.6%	16 59.3%
Changing activities or pastimes to correspond with desired gender	3 4.3%	1 2.4%	2 7.4%
Asking to be referred to as the desired gender	28 40.6%	14 33.3%	14 51.9%

- The reference term, i.e. what is changed: gender, sex, identity, unspecified.
- The change term: trans*, transition, dysphoria, incongruence, other terms.

A majority (74.6%, n = 53) mentioned a reference term. Among them, the most frequent one was gender (66%, n = 35) followed by identity (30.2%, n = 16) (Table 4).

The change term most often mentioned was "trans" (40.8%, n = 29), followed by "dysphoria" (14.1%, n = 10) and "transition" (12.7%, n = 9).

4. Discussion

The current released version of the ICD 11 renamed "transgender identity" to "gender incongruence", removed it from the chapter of mental and behavioral disorders to a new one titled "Conditions related to sexual health", and revised the diagnostic guidelines. The rationale was that psychological distress and functional impairment do not have to be considered diagnostic requirements anymore, and may be associated with social factors such as stigmatisation, rejection, and violence resulting from transgender status and its psychiatrisation. This was initially confirmed by Robles et al. [5] in Mexico, where transgender-related health services are delivered in a Specialised Clinic of a Psychiatric Institute.

Thus, the objectives of the French study were the same as the Mexican study using the same method but within a primary care center. We also wanted to examine whether the use of health services for the transformation of the body was related to distress, dysfunction, and/or rejection and violence. Finally, we questioned participants about their preferred terminology to express the idea of "gender change".

Table 3

Gender identity features, use of health services for boy transformation, violence and rejection related to distress and dysfunction.

	No distress reported n = 8 n %	Distress reported n = 61 n %	Statistics
<i>Demographics</i>			
Current gender identity ^a – Male	1 12.5%	26 42.6%	$\chi^2_{(1)} = 2.6, p = 0.10$
– Female	7 87.5%	35 57.4%	
Marital status – Single	6 75.0%	45 73.8%	$\chi^2_{(1)} = 0.006, p = 0.94$
Employment status – Remunerated	5 62.5%	21 34.4%	$\chi^2_{(1)} = 2.3, p = 0.12$
Age (years) mean (SD; range)	32.5 (9.8; 20–47)	27.1 (9.6; 18–50)	$t_{(67)} = 1.4, p = 0.14$
Years of education (mean; SD; range)	13.6 (2.2; 10–16)	13.8 (2.5; 9–20)	$t_{(67)} = 0, p = 0.85$
<i>Discomfort with body aspects and surgeries for body transformation</i>			
Surgery for body transformation ^b	4 50.0%	46 75.4%	$\chi^2_{(1)} = 2.2, p = 0.13$
General body changes – Yes	5 62.5%	48 78.7%	$\chi^2_{(1)} = 1.0, p = 0.30$
Facial and body hair – Yes (assigned men at birth, n = 44)	2 28.6%	29 82.9%	$\chi^2_{(1)} = 8.8, p = 0.003$
Discomfort with pubic hair – Yes	2 25.0%	18 29.5%	$\chi^2_{(1)} = 0.07, p = 0.79$
Use of health services for body transformation – Yes	6 75.0%	51 83.6%	$\chi^2_{(1)} = 0.36, p = 0.54$
Surgery for body transformation ^b – Yes (n = 57)	3 50.0%	20 39.2%	$\chi^2_{(1)} = 0.2, p = 0.61$
<i>Changes to be more similar to the desired gender</i>			
Physical appearance – Yes	5 62.5%	47 77.0%	$\chi^2_{(1)} = 0.8, p = 0.36$
Dress – Yes	6 75.0%	40 65.6%	$\chi^2_{(1)} = 0.2, p = 0.59$
Asking to be referred to as the desired gender – Yes	2 25.0%	26 42.6%	$\chi^2_{(1)} = 0.9, p = 0.34$
<i>Experiences of rejection and violence</i>			
Experienced rejection – Yes	3 37.5%	35 57.4%	$\chi^2_{(1)} = 1.1, p = 0.28$
From family – Yes	2 25.0%	20 32.8%	$\chi^2_{(1)} = 0.1, p = 0.65$
Rejection from friends – Yes	1 12.5%	9 14.8%	$\chi^2_{(1)} = 0.02, p = 0.86$
From schoolmates/coworkers – Yes	1 12.5%	26 42.6%	$\chi^2_{(1)} = 2.6, p = 0.10$
Experienced violence – Yes	2 25.0%	30 49.2%	$\chi^2_{(1)} = 1.6, p = 0.19$
Physical – Yes	1 12.5%	16 26.2%	$\chi^2_{(1)} = 0.7, p = 0.39$
Psychological – Yes	2 25.0%	30 49.2%	$\chi^2_{(1)} = 1.6, p = 0.19$
Sexual – Yes	–	9 14.8%	$\chi^2_{(1)} = 1.3, p = 0.24$
Economic – Yes	1 12.5%	7 11.5%	$\chi^2_{(1)} = 0.007, p = 0.93$
<i>Dysfunction level of intensity (0 à 10)</i>			
Family dysfunction ^a	1.7 (2.3; 0–6)	3.6 (3.6; 0–10)	$t_{(67)} = 1.3, p = 0.16$
Social dysfunction ^a	3.3 (3.7; 0–9)	5.4 (3.3; 0–10)	$t_{(67)} = 1.6, p = 0.10$
Work and scholastic dysfunction ^a	2.6 (4.3; 0–10)	5.2 (3.1; 0–10)	$t_{(67)} = 2.1, p = 0.03$
	No dysfunction reported n = 10 n %	Reported dysfunction n = 59 n %	Statistics
<i>Demographics</i>			
Current gender identity ^a – Male	3 30.0%	24 40.7%	$\chi^2_{(1)} = 0.4, p = 0.52$
– Female	7 70.0%	35 59.3%	
Marital status – Single	8 80.0%	43 72.9%	$\chi^2_{(1)} = 0.2, p = 0.63$
Employment status – Remunerated	5 50.0%	21 35.6%	$\chi^2_{(1)} = 0.7, p = 0.38$
Age (years) mean (SD; range)	29.7 (9.4; 20–47)	27.4 (9.8; 18–50)	$t_{(67)} = 0.6, p = 0.50$
Years of education mean(SD; range)	14.3 (2.4; 10–17)	13.6 (2.5; 9–20)	$t_{(67)} = 0.84, p = 0.48$
<i>Discomfort with body aspects and surgeries for body transformation</i>			
Genitals – Yes	8 80.0%	42 71.2%	$\chi^2_{(1)} = 0.3, p = 0.56$
General body changes – Yes	7 70.0%	46 78.0%	$\chi^2_{(1)} = 0.3, p = 0.58$
Facial and body hair – Yes (assigned men at birth, n = 44)	4 57.1%	27 77.1%	$\chi^2_{(1)} = 1.2, p = 0.27$
Discomfort with pubic hair – Yes	3 30.0%	17 28.8%	$\chi^2_{(1)} = 0.006, p = 0.93$
Use of health services for body transformation – Yes	7 70.0%	50 84.7%	$\chi^2_{(1)} = 1.2, p = 0.25$
Surgery for body transformation – Yes (n = 57)	3 42.9%	20 40.0%	$\chi^2_{(1)} = 0.02, p = 0.88$
<i>Changes to be more similar to the desired gender</i>			
Physical appearance – Yes	7 70.0%	45 76.3%	$\chi^2_{(1)} = 0.1, p = 0.67$
Dress – Yes	9 90.0%	37 62.7%	$\chi^2_{(1)} = 2.8, p = 0.09$
Asking to be referred to as the desired gender – Yes	3 30.0%	25 42.4%	$\chi^2_{(1)} = 0.5, p = 0.46$
<i>Experiences of rejection and violence</i>			
Experienced rejection – Yes	2 20.0%	36 61.0%	$\chi^2_{(1)} = 5., p = 0.01$
From family – Yes	1 10.0%	21 35.6%	$\chi^2_{(1)} = 2.5, p = 0.10$
From friends – Yes	2 20.0%	8 13.6%	$\chi^2_{(1)} = 0.2, p = 0.59$
From schoolmates/coworkers – Yes	–	27 45.8%	$\chi^2_{(1)} = 7.5, p = 0.006$
Experienced violence – Yes	2 20.0%	30 50.8%	$\chi^2_{(1)} = 3.2, p = 0.07$
Physical – Yes	1 10.0%	16 27.1%	$\chi^2_{(1)} = 1.3, p = 0.24$
Psychological – Yes	2 20.0%	30 50.8%	$\chi^2_{(1)} = 3.2, p = 0.07$
Sexual – Yes	–	9 15.3%	$\chi^2_{(1)} = 1.7, p = 0.18$
Economic – Yes	–	8 13.6%	$\chi^2_{(1)} = 1.5, p = 0.21$
	No use of health services for body transformation n = 12 n %	Use of health services for body transformation n = 57 n %	Statistics
<i>Demographics</i>			
Current gender identity ^a – Male	3 25.0%	24 42.1%	$\chi^2_{(1)} = .2, p = 0.27$
– Female	9 75.0%	33 57.9%	

Table 3 (Continued)

	No use of health services for body transformation n = 12 n %	Use of health services for body transformation n = 57 n %	Statistics
Marital status --Single	8 66.7%	43 75.4%	$\chi^2_{(1)} = 0.3$, $p = 0.52$
Employment status – Remunerated	1 8.3%	25 43.9%	$\chi^2_{(1)} = 5.3$, $p = 0.02$
Age (years) mean (SD; range)	2 (0;9.6; 21–48)	27.7 (9.9; 18–50)	$t_{(67)} = 0.09$, $p = 0.92$
Years of education mean (SD; range)	14.4 (2.8; 10–20)	13.6 (2.4; 9–18)	$t_{(67)} = 0.9$, $p = 0.34$
Discomfort with body aspects			
Genitals – Yes	8 66.7%	42 73.7%	$\chi^2_{(1)} = 0.2$, $p = 0.62$
General body changes – Yes	9 75.0%	44 77.2%	$\chi^2_{(1)} = 0.02$, $p = 0.87$
Facial and body hair – Yes (assigned men at birth, n = 42)	7 77.8%	24 72.7%	$\chi^2_{(1)} = 0.09$, $p = 0.76$
Discomfort with pubic hair – Yes	3 25.0%	17 29.8%	$\chi^2_{(1)} = 0.1$, $p = 0.73$
Changes to be more similar to the desired gender			
Physical appearance – Yes	9 75.0%	43 75.4%	$\chi^2_{(1)} = 0.001$, $p = 0.97$
Dress – Yes	7 58.3%	39 68.4%	$\chi^2_{(1)} = 0.4$, $p = 0.50$
Asking to be referred to as the desired gender – Yes	1 8.3%	27 47.4%	$\chi^2_{(1)} = 6.2$, $p = 0.01$
Experiences of rejection and violence			
Experienced rejection – Yes	7 58.3%	31 54.4%	$\chi^2_{(1)} = 0.06$, $p = 0.80$
From family – Yes	2 16.7%	20 35.1%	$\chi^2_{(1)} = 1.5$, $p = 0.21$
From friends –Yes	1 8.3%	9 15.8%	$\chi^2_{(1)} = 0.4$, $p = 0.50$
From schoolmates/coworkers – Yes	4 33.3%	23 40.4%	$\chi^2_{(1)} = 0.2$, $p = 0.65$
Experienced violence – Yes	5 41.7%	27 47.4%	$\chi^2_{(1)} = 0.1$, $p = 0.71$
Physical – Yes	2 16.7%	15 26.3%	$\chi^2_{(1)} = 0.4$, $p = 0.48$
Psychological violence – Yes	5 41.7%	27 47.4%	$\chi^2_{(1)} = 0.1$, $p = 0.71$
Sexual violence – Yes	–	9 15.8%	$\chi^2_{(1)} = 2.1$, $p = 0.14$
Economic violence – Yes ^a	1 8.3%	7 12.3%	$\chi^2_{(1)} = 0.1$, $p = 0.69$
Dysfunction level of intensity (0 à 10)			
Family ^a	3.4 (3.4; 0–10)	3.3 (3.6; 0–10)	$t_{(67)} = 0.02$, $p = 0.97$
Social ^a	6.0; 3.4; 0–10	5.0 (3.4; 0–10)	$t_{(67)} = 0.8$, $p = 0.38$
Work and scholastic ^a	5.0 (3.2; 0–9)	4.8 (3.3; 0–10)	$t_{(67)} = 0.09$, $p = 0.92$

^a Based on adaptation of the Sheehan Disability Scale (1996).

Approximately half participants reported social rejection, mostly by classmates or colleagues, and family members. They also experienced violence during their adolescence, primarily psychological in nature.

Table 4

Appropriate words (n; %) to rephrase gender change, as a function of reference and change terms (n = 71).

Change Term	Reference term				Total
	Gender	Sex	Identity	unspecified	
Trans	15 21.1%	2 2.8%	11 15.5%	1 1.4%	29 40.8%
Transition	2 2.8%	–	–	7 9.9%	9 12.7%
Dysphoria	8 11.3%	–	–	2 2.8%	10 14.1%
Incongruence	1 1.4%	–	–	1 1.4%	2 2.8%
Other	9 12.7%	–	5 7%	7 9.9%	21 29.6%
Total	35 49.3%	2 2.8%	16 22.5%	18 25.4%	

Note: Some participants did not answer the question and others gave multiple answers.

More importantly, most of them, but not all of them, reported having experienced psychological distress and dysfunction. Moreover, reported violence, especially from schoolmates, and level of work and/or scholastic rejection, were higher when participants experienced dysfunction.

The use of health services was unrelated to distress, dysfunction, and/or rejection and violence.

As observed in Robles's study [5], distress and dysfunction were not always reported by transgender people and thus, should not be required for the diagnosis. It supports the placement of transgenderism outside the category of "Mental and Behavioral Disorders". Nevertheless, we ought to remember that depsychiatrisation does not mean demedicalisation. The protocol initiated by the MDS shows that it is possible to care for transgender people without requiring a psychiatric diagnosis. This contributes to shorten the transition process and make it easier to live with.

Another important question relates to the phrasing of the diagnosis. Even if “sex” and “gender” are replaced by “assigned sex” and “experienced gender”, the definitions do not incorporate the idea that some people define themselves as “variant”, and describe change as a process rather than in binary terms. Results showed that a majority of participants suggested the use of the prefix “trans*” or the word “transition”, instead of “incongruence” or “dysphoria”, arguing against a binary conception. Moreover, these results question whether the ICD should refer to the person, their state until their transition, or to the transition process itself.

The study presents some shortcomings. First, participants were recruited on a voluntary basis in a specific health service. Thus, the results might not be representative of the French transgender population. What is most important is to observe that the relation between social environment and distress or dysfunction does not appear to depend on country [5,6,29]. Moreover, the study is an opportunity to show that medical care of transgender people can be offered without requiring a psychiatric diagnosis.

Secondly, for statistical reasons, the analyses could not include people who identified as “queer” due to their low number ($n = 3$), probably resulting from the choice of the MDS as the research site. Consequently, these results might not reflect the reality of their experience and future research should close this gap in knowledge. In the meantime, future ICD definitions should take this reality into account and be as inclusive as possible in regards to people who identify outside of binary gender.

Finally, one may object that data are based on retrospective interviews. However, while often influenced by emotional context, this procedure is largely used in social psychological studies on the self and autobiographic memory [30].

Despite these limitations, one can hope that depsychiatrisation of transgenderism will transfer the standards by which we decide who can receive medical care away from mental health diagnoses in favor of human rights. This is especially relevant in France where transgender people can begin their transition, including legally changing their gender, before resorting to the health care system.

5. Conclusion

Results do not support a psychiatric or binary conception of transgenderism. Psychological distress and functional impairment were not reported by every participant, and may result from rejection and violence coming from coworkers and schoolmates. This should be conveyed by the chosen label for ICD-11 and therefore questions the proposition of “gender incongruence”.

Moreover, labeling and defining the diagnosis should not be limited to the medical point of view but should also take into account human rights, and cultural, linguistic, legal, and social perspectives.

Acknowledgements

1. The present study received financial support from the Direction Générale de la Santé (DGS), and the Maison Dispersée de Santé (MDS).

2. The authors are grateful to Dr Riff for his availability and kind help, to transgender people who agreed to participate in the pre-test and the study, as well as to the transgender associations who have all made contributions to this study (Association Nationale Transgenre (ANT); Association Beaumont Continental (ABC); C'est Pas Mon Genre; J'en suis - j'y reste; En-Trans; Espace Santé Trans (EST)).

The authors would also like to thank Patrice Desmons (CCOMS, France) for his deep involvement in the elaboration of the protocol, Silvia d'Oca (University of Cagliari, Italy) for her help on additional questions analysis, and Brian Hofer for proofreading.

References

- [1] Cruz TM. Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: a consideration of diversity in combating discrimination. *Soc Sci Med* 2014;110:65–73. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.032>.
- [2] Lev AL. Disordering gender identity. *J Psychol Human Sex* 2006;17:35–69. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J056v17n03_03.
- [3] Thomas M. Pour un cadre générique du transsexualisme. *Inf Psychiatr* 2011;87:301–4. doi:<http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2011.0775>.
- [4] Thomas M-Y, Espineira K. Le « transsexualisme », entre normes sociojuridiques, normes de santé et normes de genre. *Nouv Prat Soc* 2016;28:34. doi:<http://dx.doi.org/10.7202/1039172ar>.
- [5] Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* 2016;3:850–9. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1).
- [6] Campbell MM, Fresán A, Addinall RM, Böhmke W, Grobler GP, Marais A, et al. Experiences of gender incongruence and the relationship between social exclusion, psychological distress, and dysfunction among South African transgender adults: a field-study for ICD-11. *Ann Clin Psychiatry* 2018;30:168–74.
- [7] Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:568–77. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>.
- [8] Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016;15:205–21. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/wps.20354>.
- [9] Drescher J. Controversies in gender diagnoses. *J LGBT Health* 2014;1:10–4. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2013.1500>.
- [10] Reucher T. Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique. *Inf Psychiatr* 2011;87:295–9. doi:<http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2011.0774>.
- [11] Reed GM. Vers la CIM-11 : créer un espace pour une diversité de perspectives. *Inf Psychiatr* 2011;87:169. doi:<http://dx.doi.org/10.3917/inspy.8703.0169>.
- [12] Reed GM. Vers la CIM-11 : créer un espace pour une diversité de perspectives. *Inf Psychiatr* 2011;87:169. doi:<http://dx.doi.org/10.3917/inspy.8703.0169>.
- [13] Schembri D. Discrimination against transgender people in Europe - Report of the Committee on Equality and Non-Discrimination. 2015.
- [14] SOS Homophobie. Rapport sur l'homophobie 2018. 2018.
- [15] Hugtho JMW, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med* 2015;147:222–31. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>.
- [16] Frost DM, Lehavot K, Meyer IH. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. Springer; 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>.
- [17] Rood BA, Reisner SL, Surace FI, Puckett JA, Maroney MR, Pantalone DW. Expecting rejection: understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health* 2016;1:151–64. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/trgh.2016.0012>.
- [18] Miller CT, Major B. Coping with stigma and prejudice. In: Heatheron TD, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, editors. *Soc. Psychol. Stigma*. Guilford Press; 2000. p. 243–72.
- [19] De la Chenelière M. De patient à chercheur : parcours d'empowerment autour de la transidentité. *Inf Psychiatr* n.d.
- [20] World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender non-conforming people 7th version. . doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.
- [21] De Cuypere G, Jannes C, Rubens R. Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:180–4. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09763.x>.
- [22] Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Kibblewhite SJ, Wood H, Singh D, et al. Demographics, behavior problems, and psychosocial characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *J Sex Marital Ther* 2012;38:151–89. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2011.611219>.
- [23] Carroll RA. Outcomes of treatment for gender dysphoria. *J Sex Educ Ther* 1999;24:128–36. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/01614576.1999.11074292>.
- [24] Seil D. The diagnosis and treatment of transgendered patients. *J Gay Lesbian Ment Health* 2004;8:99–116. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/19359705.2004.9962369>.
- [25] Roelandt J-L, Askevis-Leherpeux F, Desmons P, De la Chenelière M. 11th revision of the international classification of diseases: toward ICD-11 categories on gender incongruence: evaluation of validity, reliability and utility of proposals among transgender people. 2018.
- [26] Espineira K. Le bouclier thérapeutique : discours et limites d'un appareil de légitimation. *Rev Int Rech Biogr* 2011;189–201.
- [27] Steensma TD, Biemond R, De Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011;16:499–516. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1359104510378303>.
- [28] Sheehan DV. The anxiety disease. Charles Scribner's Sons; 1983.
- [29] Robles R. ICD-11 field studies on gender incongruence: evidence from African, Arab, European and Latin American countries for removing transgender categories from the chapter on mental disorders. *Eur Congr Psychiatry* 2018.
- [30] Baumeister RF. The self. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, editors. *Handb. Soc. Psychol.* . p. 680–740.

Le processus de révision et de prise de décision a été confié à un panel expert de personnes non-TGD et n'a pas présenté de caractère participatif [123]. Contrairement à la non-hétérosexualité, l'OMS a pris la décision de maintenir une pathologisation des personnes TGD. Cette décision a d'abord été critiquée au regard du maintien d'un diagnostic des enfants jugé inutile puisque n'ayant aucune utilité clinique [115]. Elle a également été critiquée pour son incohérence avec le cadre normatif des droits humains auquel est pourtant soumis par son mandat l'OMS [116]. La pathologisation des personnes TGD reste incohérente avec les droits humains et la nouvelle structure nosographique comme affection de santé sexuelle apparaît incongruente avec la structure de la classification [124].

L'OMS a justifié sa prise en décision en mettant en avant l'absence de protection internationale des personnes TGD par les textes des droits humains . Dans sa communication, elle met en avant que l'objectif de la révision est de « garantir l'accès des personnes transgenres à des soins d'affirmation de genre, ainsi qu'à une couverture d'assurance maladie adéquate pour ces services » [125]. Il est donc apparent que ces évolutions nosographiques ne participent pas à une révolution scientifique [88], mais à une réforme jugée nécessaire et temporaire face à l'adversité à laquelle font face les personnes TGD. Si leur incompatibilité avec les droits humains reste un élément de contestation – notamment au regard du droit des personnes à décider de leur futur et à disposer elles-mêmes, il a permis d'asseoir la légitimité d'une approche de santé publique de la santé des personnes TGD, centrée sur la notion de vulnérabilité.

1.2.3. Approches de santé publique (2010+)

Les approches de santé publiques visent à promouvoir la santé des personnes TGD et le respect de leurs droits fondamentaux. Elles s'intéressent aux personnes TGD à une échelle populationnelle et intègrent une dimension centrale de transformation de l'organisation des systèmes de santé actuels.

En apparence, la dépsychopathologisation ne devrait pas être une condition nécessaire au développement d'approches populationnelles car les personnes psychiatisées n'en sont pas structurellement exclues. D'ailleurs, les personnes psychiatisées sont largement conceptualisées comme populations vulnérables [126]. En Occident, leur espérance de vie est réduite de 15 à 20 ans [127] et elles vivent davantage de problèmes de santé, ont un accès tardif aux systèmes, des soins de moins bonne qualité, et de plus mauvais pronostics [128,129]. En France, la perte d'espérance de vie a été chiffrée de 16 à 18 ans [130] et serait principalement causée par l'action combinée de la marginalisation, des traitements psychotropes – pour partie administrés de manière coercitive, de discriminations en santé, et d'une mauvaise organisation des systèmes de soins [131]. Les liens entre psychiatisation et exclusion des stratégies de santé publique n'apparaissent donc pas limités aux personnes TGD.

Pour autant, les publications scientifiques de santé publique précédant l'annonce de la dépsychopathologisation restaient marginales et produites principalement en lien étroit avec ou par des communautés de personnes TGD [132]. En France, aucune politique publique de promotion de la santé des personnes TGD n'existe encore à ce jour.

En 2016, la revue *The Lancet* a consacré un dossier de trois articles sur les approches de santé publique à destination des personnes TGD :

- un premier article aborde la situation de vulnérabilité des personnes TGD comme conséquence directe de la marginalisation sociale [74] ;
- un deuxième article s'intéresse aux transformations nécessaires des systèmes de santé et à l'adoption de soins basés sur le modèle du consentement libre et éclairé [133] ;
- un troisième article dresse un état des lieux encore actuel des besoins de santé et des développements futurs nécessaires des recherches en santé trans [77].

Ces articles ont été salués et relayés par de nombreuses organisations de personnes TGD. Une mise à jour des besoins de santé au regard des productions scientifiques a été publiée en 2024

dans la revue *PLOS ONE* [78]. Elle fait état d'un développement rapide des recherches sur les besoins de santé des personnes TGD, notamment des publications de pays d'Afrique, incluant des personnes transmasculines, et portant sur des problèmes de santé non-transmissibles. Plusieurs zones d'ombre persistent, notamment concernant l'engagement communautaire, la santé des personnes non-binaires, les affections chroniques et liées à l'âge, et les déterminants de santé.

Afin d'objectiver ces dynamiques de production scientifique, une recherche exploratoire a été réalisée sur la base MEDLINE.

1.2.3.1. Question et objectifs de recherche

Ces analyses visent à explorer le développement de la recherche en santé publique pour les personnes TGD à travers l'étude des publications scientifiques.

1.2.3.2. Méthodes

Des analyses bibliométriques sont menées à partir d'une recherche sur la base MEDLINE le 28 décembre 2024. L'algorithme de recherche utilisé est :

("Transgender Persons"[Mesh] OR "Transsexualism"[Mesh]) AND "Public Health"[Mesh]

Le thésaurus des *Medical Subject Headings* (MeSH) de la *United States National Library of Medicine* a été déployé en 1960 pour faciliter la recherche de publications scientifiques [134]. Les personnes TGD sont identifiées à partir de deux entrées : *Transsexualism* – introduite en 1968, sous-catégorie de *Sexuality* et *Gender Identity* (4 arborescences différentes), elles-mêmes sous-catégories de *Psychiatry and Psychology Category* – et *Transgender Persons* – introduite en 2016, sous-catégorie de *Persons* et *Sexual and Gender Minorities*.

Une première analyse s'intéresse au nombre annuel de publications scientifiques. Les réponses sont mises en regard de celles pour l'algorithme :

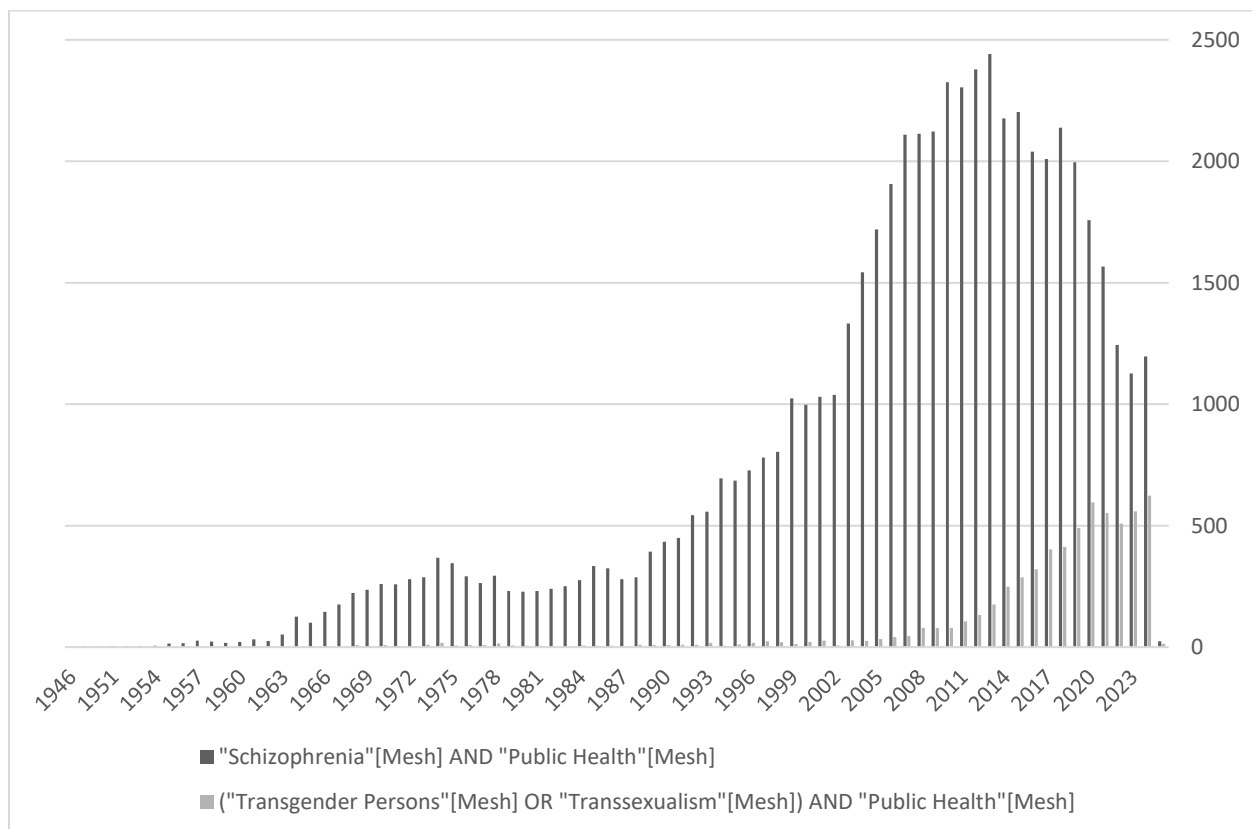
"Schizophrenia"[Mesh] AND "Public Health"[Mesh]

Schizophrenia a été choisi comme point de comparaison parce que le terme a été introduit dans la première version du thésaurus de 1960, les tailles des populations concernées sont relativement proches [71,80], et est un des diagnostics différentiels utilisé pour limiter l'accès des personnes TGD au système de santé [110].

Par la suite, des analyses bibliométriques ont été réalisées avec le logiciel VOSviewer v1.6.19 [135]. Ces analyses portent sur les co-occurrences de termes MeSH parmi les mots-clés des publications et visent à rendre compte de leur organisation et ancienneté.

1.2.3.3. Résultats

La recherche pour *Transsexualism* et *Transgender Persons* a donné 6 184 résultats entre 1959 et 2025, celle pour *Schizophrenia* 51 770 résultats entre 1946 et 2025. Le nombre de publications indexées par année pour chaque recherche est présenté dans la Figure 16.



**Figure 16. Publications par année sur la base MEDLINE pour "Public Health"[Mesh]
a) AND "Schizophrenia"[Mesh] ;
b) AND ("Transgender Persons"[Mesh] OR "Transsexualism"[Mesh])**

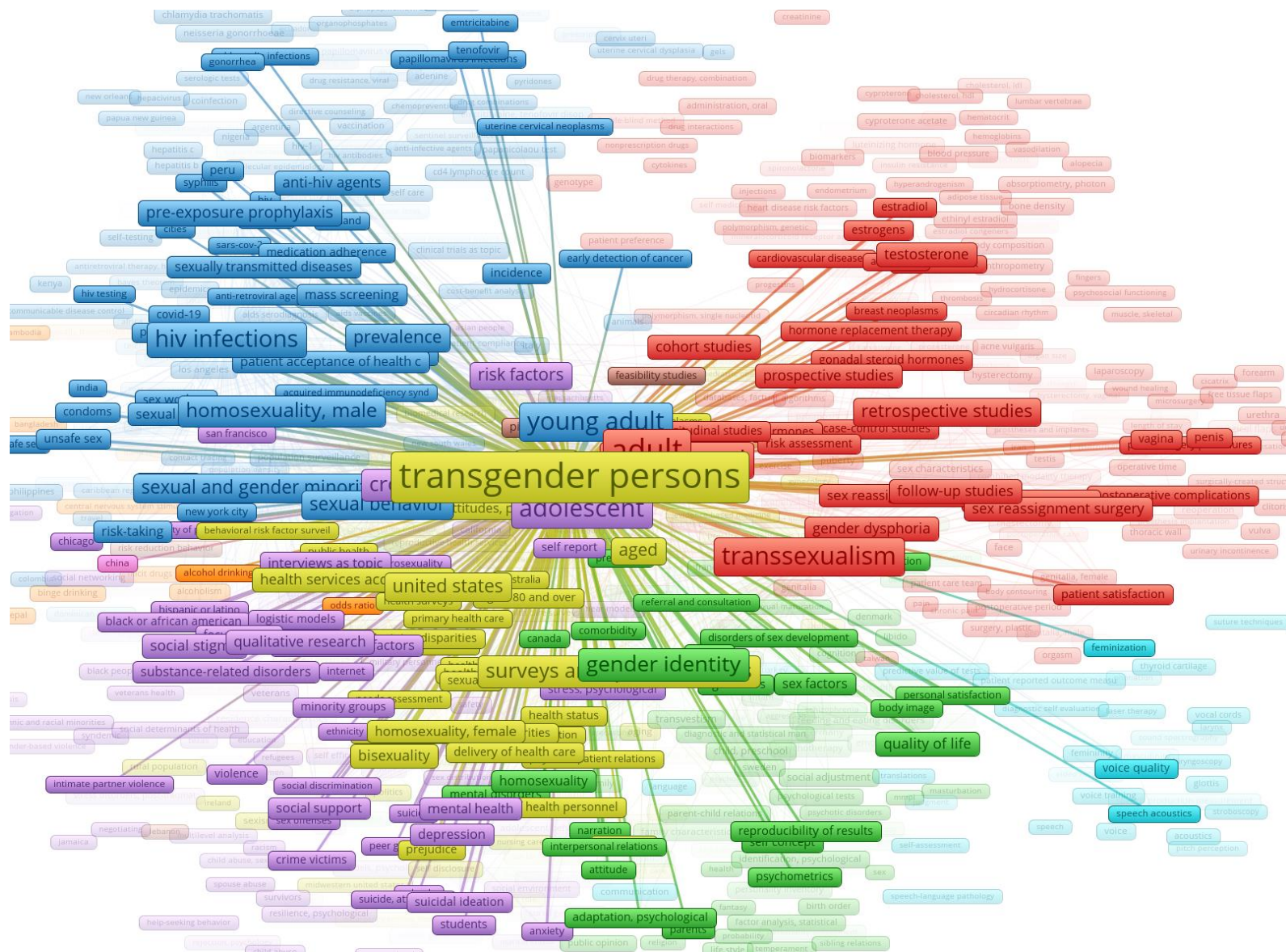


Figure 17. Groupes de termes Mesh parmi les résultats de la recherche sur MEDLINE pour ("Transgender Persons"[Mesh] OR "Transsexualism"[Mesh]) AND "Public Health"[Mesh].

Les termes MeSH ont été inclus dans l'analyse à partir de 5 co-occurrences. Elle a individualisé 6 groupes de termes MeSH, présentés en Figure 17 :

- Groupe 1 de 242 termes – rouge, en haut à droite – centré sur *Transsexualism*, notamment l'hormonothérapie et la chirurgie d'affirmation de genre, dont les populations associées sont *Adult* et *Middle Aged*.
- Groupe 2 de 192 termes – vert, milieu bas – portant sur l'identification des personnes TGD, contenant des aspects d'évaluation psychologique comme la *Gender Identity* et la *Quality Of Life*, dont les populations associées sont *Child* et *Child, Preschool*, ainsi que les parents ;
- Groupe 3 de 191 termes – bleu, en haut à gauche – centré autour de la prévention des risques en santé sexuelle au regard des infections sexuellement transmissibles, dont le terme MeSH central est *HIV Infections* et dont la population associée est *Young Adult* ;
- Groupe 4 de 158 termes – jaune, position centrale et milieu bas – sur l'accès à la santé des personnes TGD, contenant spécifiquement les MeSH *Transgender Persons*, *Primary Care*, et *Care Delivery*, et dont la population associée est *Aged* ;
- Groupe 5 de 137 termes – violet, en bas à gauche – s'intéressant au reste de la réduction des risques, notamment matière de santé mentale et de suicide, et dont la population associée est *Adolescent* ;
- Groupe 6 de 41 termes – cyan, en bas à droite, minoritaire – portant sur des aspects spécifiques des interventions de santé d'affirmation de genre, sans population associée ;

La classification de l'année de publication des co-occurrences de termes MeSH s'est concentrée sur la période 2010-2020. Les groupes 1 et 2 contiennent les publications les plus anciennes, 3, 4, et 5 les plus récentes (voir Figure 18).

Ces résultats semblent indiquer que les publications scientifiques de santé publique en santé trans ont commencé à se développer autour de l'année 2010 et qu'en 15 ans les thématiques de publication sont passées de l'identification des enfants et la normalisation des adultes à la réduction des risques et l'organisation des systèmes de santé. Ce changement s'est accompagné de celui du descripteur principal, de *Transsexualism* à *Transgender Persons*. Les recherches sur les interventions d'affirmation de genre apparaissent minoritaires et conservées sur la période.

1.2.3.4. Discussion

Par simplicité, ces analyses bibliométriques exploratoires se sont limitées à la base MEDLINE et aux publications indexées par le thésaurus MeSH. Elles permettent de mettre en évidence des dynamiques similaires à celles identifiées dans la littérature scientifique [77,78], à savoir un développement des approches populationnelles centrées sur la vulnérabilité et une prédominance des recherches liées aux infections sexuellement transmissibles – qui restent un vecteur central de financement des recherches sur la santé des personnes TGD. Il apparaît intéressant de remarquer que les thématiques de recherche semblent varier suivant les catégories d'âge et d'interroger dans quelle dimension ces variations répondent à des différences de besoins identifiées – malgré de rares, voire absentes, recherche en la matière [77], ou à d'autres facteurs systémiques – par exemple liés aux représentations, aux enjeux politiques et idéologiques, ou à l'organisation des financements.

Malgré une forte morbidité [77], les recherches en santé mentale restent marginales et apparaissent davantage liées à des enjeux d'identification des jeunes TGD. Le terme MeSH *Stress Disorders, Post-Traumatic* – introduit en 1981 – apparaît isolé dans le groupe 5 dont il n'est pas un élément saillant ou organisateur. Pourtant, les différentes modélisations des problèmes de santé mentale des personnes TGD s'appuient toutes sur les expériences de rejet, discrimination, et victimisation [136,137]. Ces éléments sont également ceux qui ont servi à appuyer l'argumentaire de dépsychopathologisation par l'OMS à partir des études de terrain [68]. Cette incohérence était déjà pointée en 2016 par Reisner *et al.* :

Les autres lacunes de la recherche en santé mentale incluent la rareté des études portant sur le stress post-traumatique ou le stress traumatique (n=3 points de données), ce qui est surprenant puisque de nombreuses personnes transgenres vivent des situations de violence et de victimisation [77].¹²

De plus, les termes MeSH liés à la santé mentale sont concentrés dans le groupe 5 et entretiennent peu de relations avec le groupe 4 sur la transformation des systèmes de santé.

¹² « Additional gaps in mental health research included a scarcity of studies examining post-traumatic stress disorder or traumatic stress (n=3 datapoints), which is surprising, since many transgender people experience violence and victimisation » (Reisner *et al.*, 2016).

La transformation des systèmes de santé mentale psychiatriques au bénéfice des populations vulnérables est une question transversale au champ. L'OMS met en avant la nécessité de développer des approches communautaires et promouvant les droits humains [138,139], mais l'historique et la fonction sociale encore actuelle de la psychiatrie comme système de contrôle parallèle à la police et la justice sont des freins majeurs à la transformation des systèmes de soin. Pourtant, ces transformations sont jugées nécessaires par le conseil international des droits de l'Homme [5,7,140,141].

Les changements nosographiques de la CIM-11 représentent une opportunité d'appuyer la transformation des systèmes de santé mentale pour l'accompagnement des personnes TGD, et plus largement des populations vulnérables.

Dans la suite du travail de recherche communiqué dans l'Article d'introduction 2 [a02] [64], l'Article d'introduction 3 [a03] [142] a été rédigé par les chercheuses TGD de l'équipe en partenariat avec la *Maison Dispersée de Santé* de Lille pour rendre compte du travail de terrain d'organisation communautaire des soins menés avec les associations locales.

Son contenu a fait l'objet d'une communication affichée [pi03] [143] au Congrès de la Société Française de Santé Publique de 2021 *Agir en situation d'incertitude et de controverse : quels enseignements pour la santé publique ?* et d'une communication orale à la 4^e conférence de la *European Association for Transgender Health* (EPATH) [ci02] [144].

L'article est également une référence – et l'unique portant sur les innovations communautaires issues des communautés de personnes TGD – des *Standards de soins pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, version 8* édités par la WPATH en 2022 [145].

Article d'introduction 3

[a03] **Baleige A**, de la Chenelière M, Dassonneville C, Martin M-J. Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France. *Transgender Health* 2021. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>

Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons:
Leads from Field Experimentations in Lille, France

Anna BALEIGE, Marie DE LA CHENELIÈRE, Cyane DASSONNEVILLE,
Marie-Jeanne MARTIN

Transgender Health

RÉSUMÉ [a03]

Les psychiatres ont longtemps été chargés de l'accès et de la coordination des soins pour les personnes transgenres. Ce rôle est dorénavant remis en cause à la suite de la suppression par l'*Organisation Mondiale de la Santé* des diagnostics de troubles mentaux liés à l'identité de genre dans la 11ème révision de la *Classification Internationale des Maladies*. En s'appuyant sur des expériences françaises de terrain basées sur les soins informels et primaires et le consentement libre et éclairé, nous discutons des principaux défis à relever pour une nouvelle organisation des soins de santé mentale respectueuse des droits humains. Le développement des soins informels et primaires ainsi que le soutien par les pairs apparaissent prometteurs. L'expertise en santé mentale devrait être transférée des soins tertiaires aux soins secondaires.

Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France

Antoine Baleige,^{1,*} Marie de la Chenelière,^{2,3} Cyane Dassonneville,² and Marie-Jeanne Martin⁴

Abstract

Psychiatrists have long been charged with access and coordination of care for transgender persons. This is now challenged by the World Health Organization's removal of diagnoses of mental illness related to gender identity in the 11th revision of the International Classification of Diseases. Using French field experimentations based on informal and primary care and free and informed consent, we discuss key challenges for a new organization of mental health care respectful of human rights. Developing informal and primary care as well as peer support has emerged as promising. Mental health expertise should be transferred from tertiary to secondary care.

Keywords: community mental health services; health services for transgender persons; human rights; international classification of diseases; primary health care

Introduction

Diagnoses associated with transgender persons have been officially removed from the chapter on mental and behavioral disorders after the adoption of the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) by the World Health Assembly on May 25, 2019. This change represents the culmination of decades of activism^{1–4} and follows several political human rights stances.^{2,5–7} However, the World Health Organization (WHO) has decided to introduce two new diagnoses, devoid of mental health components, under the name of “gender incongruence” in a new chapter dedicated to sexual health.^{8,9}

Although these changes are often presented as a “depsychopathologization” of transgender persons,^{3,4,8,10,11} two distinct mechanisms are at work. First, removing the initial diagnoses of mental disorders, and second, adding new diagnoses in the new chapter dedicated to sexual health. The removal of mental disorder diagnoses was motivated by several field studies carried out in collaboration with the

WHO, notably in Mexico,⁸ South Africa,¹² France,¹¹ and Lebanon.¹³ They supported the decision by highlighting that the mental health component leading to distress or functional limitation was not linked to identity but experiences of discrimination,^{8,10–15} and violence.^{8,10,11,13,14}

Although the decision is still debated,^{4,16} the addition of new diagnoses in the ICD is intended to support some transgender persons who use the health care system to medically transition.^{8,9} As a result, medical transition is no longer regarded as a mental health treatment. WHO's decision allows for a simpler understanding of transgender persons' medical needs and removes the justification for hyperspecialized tertiary care. However, this creates an incongruence between ICD-11, and the DSM-V or WPATH (under revision)¹⁷ approaches of transition as a way to reduce “gender dysphoria,” itself a polysemic concept.¹⁸

These shifts in concepts lead to substantial changes in the organization of care. In the old model, care was accessed through specialized tertiary care mental

¹Mental Health Service of the Municipalities of Mons-en-Barœul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches-Thumesnil, Lesquin (59G21), EPSM Lille-Métropole; Ronchin, France.

²Comité d'Usagers Trans' Hauts-de-France, Maison Dispersée de Santé, Lille, France.

³Association Nationale Transgenre, Nancy, France.

⁴Maison Dispersée de Santé, Lille, France.

*Address correspondence to: Antoine Baleige, MD, Mental Health Service of the Municipalities of Mons-en-Barœul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches-Thumesnil, Lesquin (59G21), EPSM Lille-Métropole, Espace Alan Turing, 5 place de Coubertin, Ronchin 59790, France, E-mail: abaleige@epsm-lm.fr

health services that acted as gatekeepers and coordinators of physical, mental, and social pathways.¹⁴ The changes made by WHO shifted the medical authority for regulating access to hormonal treatment, surgery, or other care^{11,14} to primary health care providers, who often already assumed this coordinating role.¹⁴ The changes in ICD-11 shift the position of mental health professionals from diagnosis and coordination of care^{11,19} toward a support role and a nonmandatory involvement in a now primary care pathway.¹⁹ The person may access transition-specific health care after a self-diagnosis assisted by a primary care provider^{11,19} who will coordinate access to the health care system on the basis of free and informed consent.^{11,19}

However, many studies showed the mental health of transgender persons is poor,^{7,8,10–12,14,20,21} partly as a result of discrimination,^{8,11–13} violence,^{8,11,13} and minority stress.^{11,14,22,23} The WHO also frames mental distress as a result of lack of access to information or proper care.⁷ Independently of medical transition-related care (and, therefore, a diagnosis of “gender incongruence”), the transgender population as a whole is at risk of mental health problems and, therefore, justifies privileged access to mental health care.⁷

Moreover, maintaining the old model to access mental health care would remain discriminatory and encourage microaggressions.¹⁵ To prevent low or non-existent access to mental health care, we need new effective organizations that respect people’s rights.^{2,4,7,9,11}

Experimentations in Lille

As part of ICD-11 field studies, the Lille-based research team was set up and brought together researchers, transgender service users, primary care professionals, and secondary mental health care professionals. This initiative was based on the meeting of two field experiments: the *Collectif Santé Trans* (CST, Trans Health Collective) and the *EPSM Lille-métropole*, a WHO collaborating center (WHOC).

The CST is a collective of primary care professionals, organizations, and transgender persons based around the *Maison Dispersée de Santé* (MDS, Dispersed Health Center). The MDS is a primary care center providing support to transgender persons in their transition on the basis of free and informed consent, and without resorting to a psychiatric diagnosis. Since 2011, this initiative is based on a risk-reduction perspective derived from the experience of transgender persons who were self-medicating⁷ after rejection by the tertiary care psychiatric system.¹¹ A collective was, therefore, set up to

reflect on the organization of this new care system with a central focus on experiential knowledge.³

The mental health service of the municipalities of Mons-en-Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches-Thumesnil, and Lesquin (59G21) at *EPSM Lille-métropole* is an experimental community mental health care organization.²⁴ Its evolution toward full community integration motivated the implementation of a WHOC,²⁵ working on developing and disseminating models of community-based mental health care. As part of ICD-11, it was tasked with involving stakeholders in the review of their diagnoses. Collaboration with the MDS was established and it was possible to carry out one of the WHO field studies in this depsychiatricized context, in collaboration with transgender service users.^{3,11}

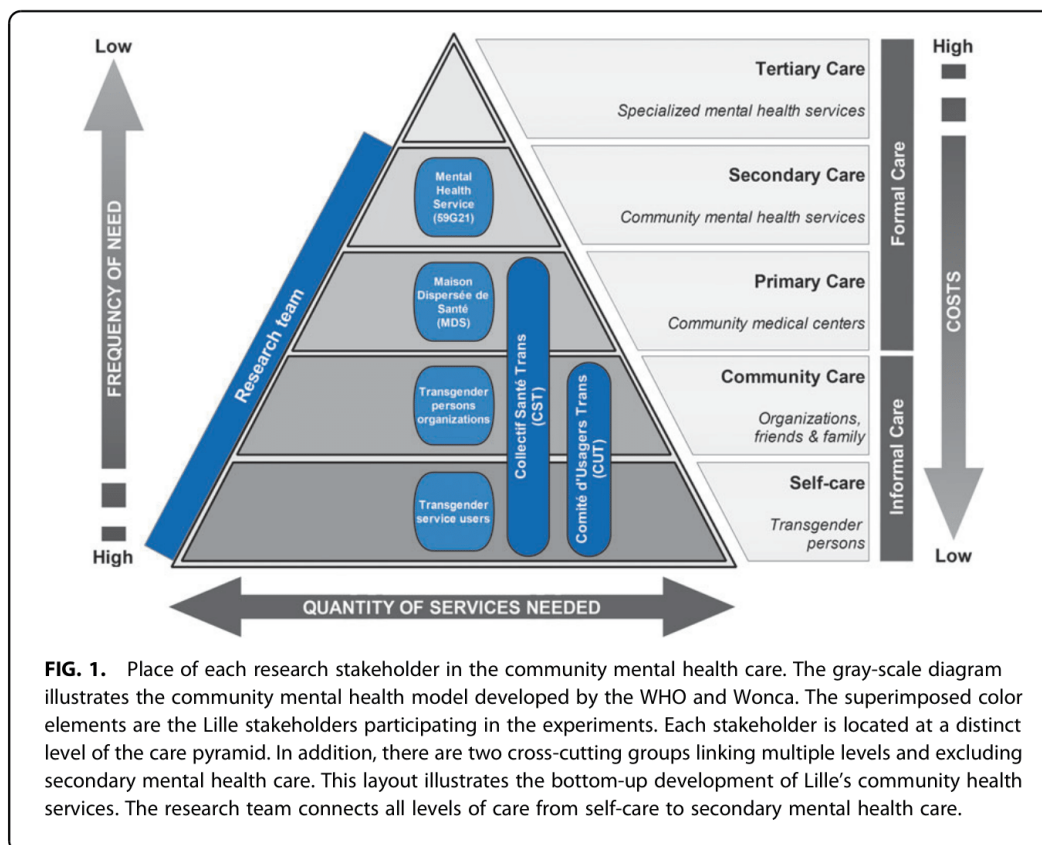
This bottom-up attitude toward research mirrors the clinical one based on consent. This includes involving transgender persons on the basis of human rights and principles laid down by authorities such as the Council of Europe.^{3,5} Recently, the *Comité d’Usagers Trans* (CUT, Trans Users Committee) was developed with the regional health agency to enable transgender persons to take part in the organization of health care on a larger scale. Figure 1 shows the model of community mental health developed by the WHO and Wonca,²⁶ and highlights the place of each stakeholder.

Goals for Field Practice

Surprisingly, no consensus exists on implementing human rights for transgender persons,^{2,7,16} even though the Yogyakarta Principles⁶ represent increasingly shared standards.^{2,4,16} In the field of health, the WHO defines four criteria for information—availability, accessibility, acceptability, and quality—and three criteria for accessing services—respect, dignity, and nondiscrimination.⁷

The organization through tertiary mental health care contradicts a significant number of these criteria, although it varies between regions.⁷ More importantly, after the removal of mental health diagnoses in ICD-11, it seems difficult to justify why mental health entry or coordination would not be discriminatory. Such an approach should instead be based on the mainstream mental health system, with increased accessibility for as long as the undue risk associated with the social context remains.^{8,11–13}

Increasing accessibility requires removing existing barriers and implementing facilitating actions. Field reports identify numerous barriers such as cost of



medical procedures, stigmatization, bad personal and peer experiences, non-LGBTQI friendly services, or ineffective services, often due to a lack of training.^{20,21} Instead, training of professionals, adjustments to care services, employment of peer workers, employment of LGBTQI friendly people, and increased resources are seen as facilitating access to mental health care.^{20,21}

These field observations join global issues of effective inclusion of stakeholders in organizing health systems to embrace their experiential knowledge and address issues of discrimination and intersectionality. Although these measures are known, few examples of implementation are described.⁷

Future Developments in Lille

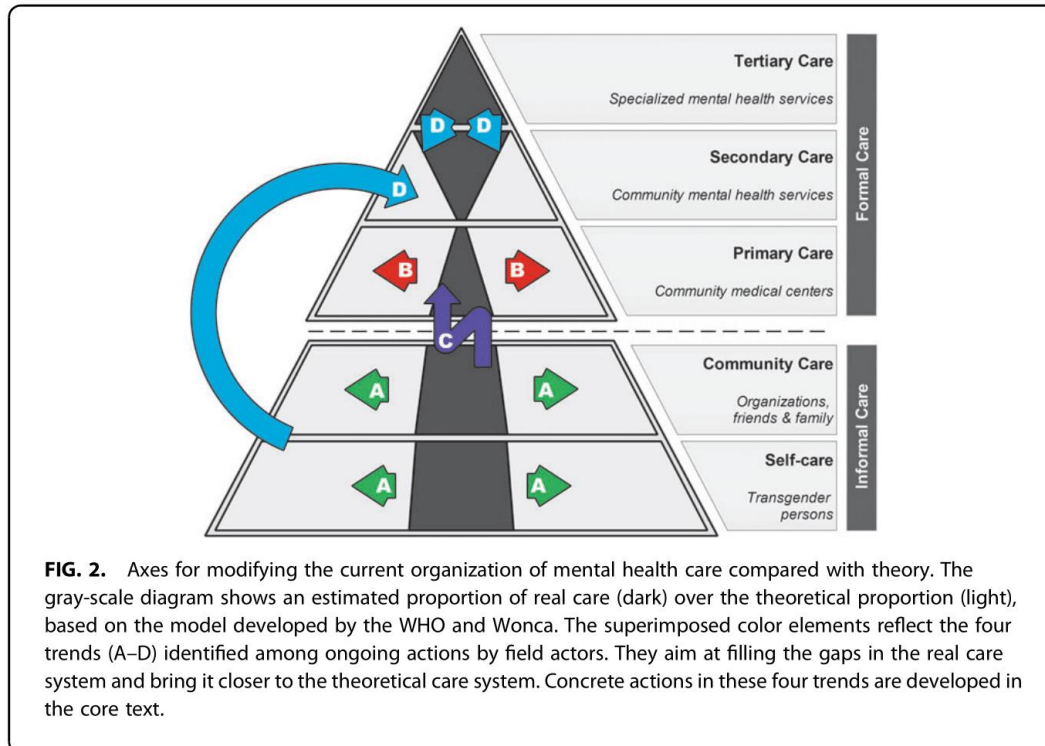
In France, the health care system is socialized, and formal care, both private and public, is fully reimbursed for medical transitions, even if difficulties in asserting

these rights may arise, as is regularly the case for surgeries. A particular feature of the system is that public outpatient mental health care, although very heterogeneous throughout the territory, is free of charge. Thus, the prohibitive cost of care, regularly cited as a major barrier, is not taken into account in our analysis.

All experiments in Lille offer the advantage of being bottom-up initiatives starting from field operators, especially transgender persons. It was emphasized that their low representation in research contributes to poor applicability and a growing gap between research and practice.^{3,5} The research team initially set up for the ICD-11 field study intends to continue documenting these initiatives based on free and informed consent, which remain rare at the international level. The possibility of introducing a feedback loop through action research remains possible. Table 1 lists current dynamics for each stakeholder.

Table 1. Research Stakeholders in Lille, France

Name	Description	Type of care	Members	Current objectives
CUT Comité d'Usagers Trans Trans Users Committee	Transgender user group linked to the regional health agency aiming to empower service users through the implementation of citizen workshops and promote free and informed consent	Informal care	Transgender service users Members of transgender persons organizations	Train professionals Inform users Develop peer support Organize a nonpsychiatric care pathway
CST Collectif Santé Trans Trans Health Collective	Partner committee of transgender care at the MDS aimed at developing experiential knowledge and organizing a smooth care pathway	Informal care Primary care	Transgender service users Members of transgender persons organizations Primary care professionals from MDS Philosophers, psychiatrists, psychoanalysts, and social workers	Continue to improve the care pathway Organize care in a nonpsychiatric way Improve access to secondary health care Developing the place of experiential knowledge Pursue development of peer support
MDS Maison Dispersée de Santé Dispersed Health Center	Harm reduction-based health center offering support and access to hormonal treatment for transgender persons in a nonpsychiatric way based on free and informed consent	Primary care	General practitioners, nurses, physiotherapists, psychologists, and speech therapists	Spread the free and informed consent model in primary care Avoid becoming a specialized center
59G21 Community Mental Health Service	Experimental community mental health service for mental health care organization respectful of human rights	Secondary care (mental health)	Nurses, occupational therapists, peer support workers, psychiatrists, psychologists, psychomotor therapists, and social workers	Organize mental health care respectful of human rights Continue to develop health democracy and user participation in care organization Fight against discrimination in the health system, identify LGBTQI friendly professionals Improve mental health care for LGBTQI people Training of staff by transgender persons



Their synthesis and an analysis of field components are presented in Figure 2. The current Lille system is still far from the ideal community model. However, stakeholder dynamics are moving in its direction with four main areas of development:

(A) Development of informal care. This axis is based on developing support networks through organizations, involving users, and disseminating information to promote self-care. Emphasis on organizations to the detriment of families seems linked to a cultural rejection phenomenon.^{8,11–13}

(B) Spread of transgender care based on free and informed consent within primary care medicine. Recently, the MDS initiated the creation and implementation of a local network already including two additional medical centers. Fundamental ideas, beyond improving access to care, are avoiding the development of a new parallel specialized system, and spreading developed knowledge in the form of coconstruction.

(C) Linking informal care and primary care. To this end, the CST is working to develop professional training for transgender peer workers to reflect on care pathways in complementarity with primary care professionals.

(D) Transfer of mental health competence to secondary care. This area also includes knowledge transfer from tertiary care, but also informal care where it was developed for people excluded from mainstream care, often gender nonconforming or not meeting psychiatric medical criteria.^{3,11} However, considering particularities of transgender persons in secondary mental health care remains marginal worldwide.⁷

Conclusion

ICD-11 appears an appropriate justification for changing care organization in favor of transgender persons' rights. The community mental health model and primary care initiatives show that such changes are possible. Future efforts should focus on developing tools to assess organizational transformations and their impact on the health and social inclusion of transgender persons. Defining consensual indicators for evaluation would be a first step to global transformation of health care.

Acknowledgments

The authors thank field actors, both service users and professionals for their ongoing work toward a fairer world. This includes members of the Comité d'Usagers Trans; Camille Cau and other members of the Association Nationale Transgenre; Bérangère Donnet, Anna

Menissez, Nassir Messaadi, Bertrand Riff, and members of the Collectif Santé Trans and professionals from the MDS; Laurent Defromont and professionals from the mental health service of the municipalities of Mons-en-Barœul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches-Thumesnil, and Lesquin (59G21), especially those working to reduce discriminations in mental health care (Saliha Ahmed-Ali, Fabien Diakite, Émeline Galet, Angélique Lecomte, Florian Owczarczak, Lydia Pereira, Calogero Piazza, Marianne Ramonet, and Samantha Robin); and members of the research team from the WHO Collaborative Centre for research and training in mental health (Françoise Askevis-Leherpeux, Patrice Desmons, and Jean-Luc Roelandt).

The authors also thank Sabine Bayen for reviewing the final draft.

Authors' Contributions

Design of the study was taken care of B. A. and de la C. M.; initial draft was prepared by B.A.; and article was reviewed by de la C.M., D.C., and M.M. -J.

All authors have approved the final version.

Author Disclosure Statement

No competing financial interests exist.

Funding Information

The authors received no specific funding for this work.

References

1. Bouman WP, Schwend AS, Motmans J, et al. Language and trans health. *Int J Transgenderism*. 2017;18:1–6.
2. Castro-Peraza ME, García-Acosta JM, Delgado N, et al. Gender identity: the human right of depathologization. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16:978.
3. de la Chenelière M. From patient to researcher: personal empowerment journey related to transidentity. *Inf Psychiatr*. 2018;94:817–823.
4. Kara S. Gender is not an illness: how pathologizing trans people violates international human rights law. 2017. Available from: <https://gate.ngo/gender-is-not-an-illness/>
5. Council of Europe. Discrimination against transgender people in Europe, Resolution 2048. 2015;2048:3–4.
6. International Commission of Jurists. Yogyakarta principles: the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity [Internet]. 2007. Available from: <https://yogyakartaprinciples.org/>
7. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. 2015.
8. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:850–859.
9. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 2016;15:205–221.
10. Winter S, Diamond M, Green J, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet*. 2016;388:390–400.
11. Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: a French study. *Eur Psychiatry*. 2019;59:8–14.

12. Campbell MM, Fresán A, Addinall RM, et al. Experiences of gender incongruence and the relationship between social exclusion, psychological distress, and dysfunction among South African transgender adults: a field-study for ICD-11. *Ann Clin Psychiatry*. 2018;30:168–174.
13. Khoury B, Khoury J El, Orellana AF, et al. The ICD-11 classification of gender incongruence of adolescence and adulthood: adequacy among transgender people in Lebanon. *Cult Health Sex*. 2020;0:1–12.
14. Wylie K, Knudson G, Khan SI, et al. Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet*. 2016;388:401–411.
15. Nadal KL, Whitman CN, Davis LS, et al. Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people: a review of the literature. *J Sex Res*. 2016;53:488–508.
16. Davy Z, Sørli A, Schwend AS. Democratising diagnoses? The role of the depathologisation perspective in constructing corporeal trans citizenship. *Crit Soc Policy*. 2018;38:13–34.
17. World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender non-conforming people, 7 th version. *Int J Transgenderism*. 2012;13:165–232.
18. Ashley F. The Misuse of Gender Dysphoria: toward Greater Conceptual Clarity in Transgender Health. *Perspect Psychol Sci*. 2019 [Epub ahead of print]; DOI: 10.1177/1745691619872987.
19. Schulz SL. The Informed Consent Model of Transgender Care: an Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *J Humanist Psychol*. 2018;58:72–92.
20. Strauss P, Cook A, Winter S, et al. Trans Pathways: the Mental Health Experiences and Care Pathways of Trans Young People. Summary of results. Australia: Telethon K. Perth, 2017.
21. Higgins A, Doyle L, Downes C, et al. The LGBTIreland Report: national study of the mental health and wellbeing of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people in Ireland. Dublin: GLEN and BeLonG To, 2016.
22. Rood BA, Reisner SL, Surace FI, et al. Expecting Rejection: understanding the Minority Stress Experiences of Transgender and Gender-Nonconforming Individuals. *Transgender Heal*. 2016;1:151–164.
23. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*. 1995;36:38.
24. Labey M, Noël C. Unconstrained care: policy of organizing a psychiatric center integrated in the city. *Inf Psychiatr*. 2017;93:563–567.
25. Roelandt J, Daumerie N, Defromont L, et al. Community mental health service: an experience from the East Lille, France. *J Ment Heal Hum Behav*. 2014;19:10.
26. World Health Organization, Wonca. Integrating Mental Health into Primary Care. 2008. Geneva, Switzerland: WHO; London: Wonca, pp. 1–206.

Cite this article as: Baleige A, de la Chenelière M, Dassonneville C, Martin M-J (2021) Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: leads from field experimentations in Lille, France, *Transgender Health X:X*, 1–6, DOI: 10.1089/trgh.2020.0143.

Abbreviations Used

ICD = International Classification of Diseases
WHO = World Health Organization

1.3. Cadrage contemporain des politiques de santé en France

La majorité des cadres biomédicaux reste incompatible avec le cadre normatif des droits humains et les définitions de la santé et de ses enjeux connexes. De plus, la santé des personnes TGD reste un domaine récent et peu développé de recherche. Enfin, la mise en application des normes et recommandations internationales conduit à une transformation des systèmes de santé et s'oppose donc à leurs mécanismes d'homéostasie.

Les politiques publiques de santé résultent de prises de décision en contexte d'incertitude et de controverse. Cette thématique a été le sujet central du *congrès de la Société Française de Santé Publique, Agir en situation d'incertitude et de controverse : quels enseignements pour la santé publique ?* de 2021, révélée largement par la crise organisationnelle qui a accompagné la pandémie de COVID-19. Si la recherche en santé publique vise un objectif opérationnel d'amélioration et de transformation des systèmes de santé, au-delà de la production de données sur l'existant, le développement de politiques publiques favorables à la santé devrait incorporer l'incertitude et la controverse comme des leviers épistémiques autonomes.

L'enjeu deviendrait donc également la production de savoirs visant la prise de décision politique, amenant un maillage épistémique étroit entre politiques publiques et recherche. Cette conclusion a été celle du groupe de jeunes professionnel·les du congrès et relayée dans un éditorial des actes du congrès dans la revue *Santé Publique* [e01] [146] et partagée par des remontées de terrain, notamment concernant les personnes TGD [147].

Éditorial

[e01] **Baleige A.** L'incertitude et la controverse : les leviers épistémiques de la santé publique ? Santé Publique 34 (HS1). 2022. <https://doi.org/10.3917/spub.220.0000>.

L'incertitude et la controverse :

Les leviers épistémiques de la santé publique ?

Anna BALEIGE

Santé Publique

L'incertitude et la controverse : Les leviers épistémiques de la santé publique ?

AUTRICE

BALEIGE Anna¹

1. Psychiatre, doctorante en santé publique au sein de l'Université de Tours, EA 7505 "Éducation, Éthique, Santé", France.

Le débat public a placé la question de la prise de décision en santé sur le devant de la scène, où les choix et leur mise en œuvre nécessitent pour être compris et acceptés une transparence allant avec leur médiatisation croissante. Dans ce contexte, le congrès 2021 de la Société Française de Santé Publique a posé la question de l'action face à l'incertitude et la controverse. Face à cet enjeu épistémique, le parti pris a été que la santé publique, en tant que champ pluridisciplinaire d'apport de connaissances sur la santé et ses déterminants, peut apporter un éclairage singulier. Dans la dynamique du congrès, un choix a été fait de donner la parole à un groupe de douze jeunes professionnelles et professionnels sur leur vision de l'avenir de la santé publique. Venue des champs des santés mentale et sexuelle et ayant vécu notamment une position de professionnelle, de chercheuse, de proche aidante et d'usagère, je profite ici de la naïveté que m'autorise mon statut de jeune professionnelle pour imaginer l'avenir.

Apprendre de l'incertitude

Tirer des enseignements face à l'incertitude est une question épistémique qui interroge ce que nous considérons comme un savoir. En cela, elle borne les limites de ce que l'on sait et se poursuit à la fois vers la recherche de nouvelles connaissances et vers l'analyse critique de ce qu'on a sciemment choisi d'ignorer jusque-là. L'idée est ici que l'endroit le moins considéré est vraisemblablement celui où il y a le plus à apprendre. Cela ouvre vers un nouvel enjeu : celui de reconnaître et d'intégrer de nouveaux savoirs ou de nouvelles sources de savoir. Il est maintenant largement partagé que ce que l'on considère comme un savoir, comme une certitude, admet une composante sociale, voire même est une construction sociale, qui nécessite d'être resituée dans son contexte afin d'en percevoir les contours [1]. Et en cela, un savoir est ce qui, en partie, correspond à un ensemble de normes sociales issues de ce contexte pour pouvoir être reconnu comme tel. Générer du savoir face à l'incertitude peut donc signifier soit en produire davantage, soit en reconnaître davantage. Plus concrètement, cette relation entre action et savoir questionne celle entre le terrain et la recherche, étant admis que la recherche est l'un des domaines où l'on tente de produire de la connaissance face à l'incertitude mais où, conjointement, la connaissance n'épuise pas l'incertitude, mais la déplace.

On pourrait donc couper ici l'analyse et dire que pour agir face à l'incertitude, il faut faire davantage de recherche. Mais ce qui nous a nourri pendant ce congrès, c'est l'évidente insuffisance de cette réponse automatique, c'est-à-dire la difficulté de nos systèmes à faire face aux enjeux. Cette difficulté ne relève pas uniquement du défaut de visibilité, de reconnaissance, de financements... de la recherche, le principal enjeu est celui de la promotion du meilleur état de santé pour tous. Les mécanismes d'intégration du savoir et d'expertise publique mis en place pour protéger les populations ne remplissent plus leur rôle face à un système complexe, qui bouge trop vite, qui est en crise tout le temps. Nous devons alors interroger et transformer nos systèmes, parce que derrière l'incertitude, il peut y avoir l'inaction ou la désorganisation, et derrière, il y a des personnes qui souffrent.

La santé publique dans un système

La cybernétique nous a appris à penser la stabilité des systèmes complexes, non pas comme une absence relative de mouvement, mais comme une situation d'équilibre qui résulte de l'interaction de

plusieurs composantes [2]. Ce que l'on perçoit comme un état de crise permanent dont il faudrait sortir est donc vraisemblablement davantage un équilibre dysfonctionnel qui par homéostasie fait craindre la crise sans l'atteindre. Comme on l'a vu à l'occasion de la crise sanitaire, on sait que l'état de crise appelle un retour à l'équilibre et donc priorise l'action et la prise de décision. On sait également qu'en mode survie, les êtres humains privilégient la satisfaction à court terme. Et on sait enfin que transformer un système à l'équilibre ne fait pas appel au même abord et aux mêmes cognitions qu'une résolution de crise. L'enjeu est donc ici de transformer un système à l'équilibre parce qu'il n'est pas compétent en matière de résolution de crise. Il y a donc une réflexion à avoir sur les systèmes de régulation [3].

Développer une vision globale du système demanderait à développer un abord critique, dans le sens "qui met en évidence l'interconnexion des choses" [4], au sein de la santé publique. Il s'agirait ici de contextualiser les relations de ses composantes (professionnelles et professionnels, chercheuses et chercheurs, décideuses et décideurs, population) et de leur fonctionnement. Puisque la réflexion est globale et non interne, celles-ci ne seraient pas conceptualisées comme des facteurs externes qui impactent la santé publique, mais comme des composantes à part entière intégrées au sein d'autres systèmes. Ce travail participerait à construire un socle épistémique commun au système de santé, comme sous-système, et permettrait de limiter la question de la prise de décision face à l'incertitude et la controverse à une question épistémique débarrassée des enjeux de pouvoirs entre composantes qui ne partagent pas une vision unifiée de ce qu'est un savoir ou une donnée probante.

De l'interdisciplinarité à la transdisciplinarité

En santé publique, la prise de décision demande une approche interdisciplinaire qui doit conjuguer un nombre important de savoirs qui reposent souvent sur des bases épistémiques distantes, voire contradictoires. S'il est possible de voir un paradoxe dans la juxtaposition de données basées sur les preuves, d'éléments juridiques et sociétaux, de données de terrain ou d'expériences pratiques reposant sur l'intuition professionnelle, ... c'est davantage leur conjugaison qui est l'enjeu majeur. Aujourd'hui, les enjeux de pouvoir politique construisent un cadre idéologique dans lequel nos politiques de santé accordent une importance disproportionnée à certaines sources de savoirs au détriment d'autres, rejoignant le concept d'injustice épistémique de plus en plus appliqué en santé [5]. On peut donc voir dans leur contournement par certaines innovations d'actrices et acteurs de santé à la fois les limites d'un système, mais aussi une source de connaissances à extraire.

Ces éléments de réalité nous invitent à nous intéresser davantage aux innovations *bottom-up* et, lors du congrès, notre attention a été attirée vers la capitalisation des expériences et l'applicabilité comme futures pistes de développement du champ de la santé publique. Lutter pour une conjugaison des points de vue et contre leur hiérarchisation nous amène à penser que la santé publique devrait davantage s'organiser comme un champ, non pas pluridisciplinaire mais transdisciplinaire. Ne plus être un maillon (faible) de la chaîne, mais être un lieu de concordance et de cohésion, mobiliser une capacité à intégrer les points de vue et les savoirs.

Un lieu d'ouverture aux personnes concernées

Travailler à cette dynamique passera forcément par la démocratie en santé, c'est-à-dire la participation des personnes directement concernées par les politiques de santé à leur organisation et donc à la production des savoirs. Nous n'allons pas argumenter ici les bénéfices de la participation, mais nous avons été surpris.es par les difficultés rencontrées pour le rendre effective. S'intéresser aux personnes concernées, c'est d'abord sortir de cette représentation abstraite et biaisée de l'être humain qui gouverne la science, pour s'intéresser à la réalité de l'existence, des comorbidités, des cultures, des territoires, des genres, des sexualités... Mais c'est aussi reconnaître que ces personnes possèdent une expertise sur leur existence qui mérite d'être reconnue, et surtout qu'elles sont les mieux placées pour se comprendre et la formaliser. Dans le domaine de la santé mentale, ces mécanismes ont déjà été bien explorés et ont montré la supériorité épistémique des recherches par les survivants face aux recherches participatives et surtout aux recherches menées par des professionnels sur, et non avec, des personnes [6].

Là encore, la santé publique est positionnée dans un rôle de catalyseur de savoirs. Il nous apparaît donc que l'enseignement de la santé publique sur l'action face à l'incertitude et la controverse est avant

tout d'améliorer la communication dans les interactions en santé afin de favoriser la prise de décision en réduisant la complexité d'un système complexe sur la base de données probantes.

Le groupe des jeunes professionnels est intervenu à la clôture du congrès pour porter un œil optimiste sur la période que nous traversons et témoigner de sa confiance en les dynamiques et travaux actuels pour nous permettre de dépasser la posture du « sachant paternaliste », vers la promotion de la santé, la réduction des inégalités sociales de santé et la valorisation du savoir quelle qu'en soit la source : académique, professionnelle, expérientielle ou profane.

L'autrice tient à remercier les autres membres du groupe des jeunes professionnels du congrès 2021 : Éric Martial Kouakou Ahoussou, Mehdi Boudjella, Lisa Chotard, Laurène Collard, Marie Corneloup, Lorraine Cousin, Sylvain Gautier, Fatou Kasse, Clément Le Roux, Zoé Richard et Lola Traverson, ainsi que la Société Française de Santé Publique pour l'initiative de cette réflexion.

Références

1. Gettier EL. Is Justified True Belief Knowledge? Analysis. 1963 Jun;23(6):121. DOI: 10.2307/3326922
2. Wiener N. The Human Use Of Human Beings: Cybernetics and Society. 1988.
3. Heylighen F, Joslyn C. Cybernetics and Second-Order Cybernetics. 2001. DOI: 10.1016/B0-12-227410-5/00161-7
4. Fairclough N. Language and power. 3rd ed. Abingdon, Oxon: Routledge; 2015. 264 p.
5. Fricker M. Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Clarendon. Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. 2007. 199 p.
6. Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D. This is survivor research. Ross-on-Wye : PCCS Books; 2009. 1–200 p.

1.3.1. Processus de production des discours

Dans leur dimension linguistique, les politiques publiques de santé sont un discours, c'est-à-dire un texte contextualisé en interaction avec son contexte [49], et non la seule résultante du croisement de données probantes et d'expertises. Cette lecture permet de rendre compte des interactions avec l'environnement et l'analyse des processus de production et d'interprétation du discours qui participent à la prise de décision. Pour autant, les politiques publiques de santé ont l'injonction de s'appuyer sur les données et savoirs issus de la production scientifique, bornant les prises de décision aux zones d'ombre des savoirs et à leur application pratique.

Concernant la santé des personnes TGD, aucune politique publique de santé n'existe à ce jour en France. Le document de référence mobilisé par les systèmes de santé pour justifier leur organisation est un rapport de 2009 de la HAS [110] largement basé sur l'expertise professionnelle psychiatrique universitaire. Ce rapport a été vivement critiqué par les associations de terrain et les communautés de personnes TGD, et ses limites ont été reconnues par l'institution elle-même [148].

En France, dans une mécanique similaire au développement des approches de santé publique pour les personnes TGD, la dépsychopathologisation de la CIM-11 a été le prétexte explicite de développement de travaux de référence devant amener à terme à une transformation des pratiques et au développement de politiques publiques de santé [148,149]. Le maintien de la pathologisation par l'OMS a servi de justification à la part centrale de l'expertise professionnelle non-TGD dans ce travail. La mission a été confiée par le ministère à l'*Inspection Générale des Affaires Sociales* (IGAS) d'établir un bilan de l'existant portant la parole des personnes, communautés, et associations TGD – déjà présentées comme source de méfiance et d'activisme dans le rapport de 2009 de la HAS [110] – devant servir à une base de travail opérationnel [149].

Cette dynamique a abouti à la publication d'un document *parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage de la HAS* [1]. Son étude permet d'aborder frontalement les enjeux centraux de cadrage normatif. Les premiers résultats ont fait l'objet d'une communication orale au congrès 2023 de la *Société Française de Santé Publique* [ci03] [150].

L'Article d'introduction 4 [a04] [151] rend compte d'une part d'une analyse critique, construite sur les principes de la *Discourse-Historical Approach* – approche de référence en analyses critiques du discours [52], centrée sur ses mécanismes de production à partir de l'analyse du texte final en contexte. Des analyses complémentaires sur l'usage des productions scientifiques sont présentées par la suite.

Article d'introduction 4

[a04] Baleige A, Guernut M. Production des cadres normatifs des politiques de santé en contexte de crise : analyse critique lexicométrique et trans du cadrage des parcours de transition en France. *Sante Publique* (Paris). 2025, 2(37). <https://doi.org/10.3917/spub.pr2.0065>

Production des cadres normatifs des politiques de santé en contexte de crise :
Analyse critique lexicométrique et trans
du cadrage des parcours de transition en France

Anna BALEIGE, Mathilde GUERNUT

Santé Publique

RÉSUMÉ [a04]

Introduction.

Respecter le droit des personnes trans au meilleur état de santé possible et produire des politiques publiques en contexte de crise est un enjeu contemporain mondial. Cet article interroge la production des politiques publiques à travers l'analyse spécifique du cadrage des parcours de transition par la *Haute Autorité de Santé* en France.

But de l'étude.

S'appuyant sur les cadres de recherche des *Critical Discourse Studies* et *Survivor Research*, l'étude applique des méthodes de lexicométrie outillée pour l'analyse des cadres normatifs de référence. Spécifiquement, elle porte sur les stratégies de nomination et argumentatives de mitigation ou intensification.

Résultats.

La classification hiérarchique descendante par méthode A.L.C.E.S.T.E. a mis en évidence une structure en trois paires lexicalement distinctes. Une analyse de similitudes a révélé 31.6% de trigrammes communs avec le rapport de l'*Inspection Générale des Affaires Sociales*. Les différences et similitudes observées ne semblent ni aléatoires ni reposer sur des éléments scientifiques et majorent la psychopathologisation des personnes trans au détriment des besoins de santé.

Conclusions.

Nos résultats interrogent la gouvernance des systèmes de santé et notamment la fabrique des normes et politiques publiques. La structure du document évoque le résultat d'un arbitrage politique affranchi des contraintes scientifiques et visant à imposer une vision psychopathologique justifiant un contrôle par le système de santé. L'analyse critique outillée apparaît comme une approche à même d'analyser le fonctionnement des institutions publiques en contexte de crise.

Production des cadres normatifs des politiques de santé en contexte de crise : analyse critique lexicométrique et trans du cadrage des parcours de transition en France

Production of normative frameworks for health policies in a crisis: a critical lexicometric and trans analysis of the framing of transition paths in France

Anna Baleige^{1*}, Mathilde Guernut²

➔ Résumé

Introduction : Respecter le droit des personnes trans au meilleur état de santé possible et produire des politiques publiques en contexte de crise est un enjeu contemporain mondial. Cet article interroge la production des politiques publiques à travers l'analyse spécifique du cadrage des parcours de transition par la Haute Autorité de Santé en France.

But de l'étude : S'appuyant sur les cadres de recherche des *Critical Discourse Studies* et *Survivor Research*, l'étude applique des méthodes de lexicométrie outillée pour l'analyse des cadres normatifs de référence. Spécifiquement, elle porte sur les stratégies de nomination et argumentatives de mitigation ou intensification.

Résultats : La classification hiérarchique descendante par méthode A.L.C.E.S.T.E. a mis en évidence une structure en trois paires lexicalement distinctes. Une analyse de similitudes a révélé 31,6 % de trigrammes communs avec le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Les différences et similitudes observées ne semblent ni aléatoires ni reposer sur des éléments scientifiques et majorent la psychopathologisation des personnes trans au détriment des besoins de santé.

Conclusions : Nos résultats interrogent la gouvernance des systèmes de santé et notamment la fabrique des normes et politiques publiques. La structure du document évoque le résultat d'un arbitrage politique affranchi des contraintes scientifiques et visant à imposer une vision psychopathologique justifiant un contrôle par le système de santé. L'analyse critique outillée apparaît comme une approche à même d'analyser le fonctionnement des institutions publiques en contexte de crise.

Mots-clés : Personnes transgenres ; Réforme des soins de santé ; Participation communautaire ; Organisation et administration ; Droit à la santé ; Linguistique.

➔ Abstract

Introduction: Respecting trans people's right to the highest attainable standard of health and producing public policy in a context of crisis are contemporary global issues. This article examines the production of public policy through a specific analysis of the framing of transition paths by the Haute Autorité de Santé in France.

Purpose of research: Drawing on the research frameworks of *Critical Discourse Studies* and *Survivor Research*, the study applies lexicometric methods to the analysis of normative reference frameworks. Specifically, it focuses on naming and argumentative strategies, both mitigation and intensification.

Results: Hierarchical top-down classification using the A.L.C.E.S.T.E. method revealed a structure of three lexically distinct pairs. A similarity analysis revealed 31,6% of shared trigrams with the report by the Inspection Générale des Affaires Sociales. The differences and similarities observed do not appear random or based on scientific evidence and emphasize the psychopathologization of trans people to the detriment of their health needs.

Conclusions: Our findings call into question healthcare system governance and, specifically, the production of public policy and norms. The document's structure evokes the result of political arbitration, freed from scientific constraints and aimed at imposing a psychopathological vision justifying control by the healthcare system. Critical analysis appears as an approach capable of analyzing the workings of public institutions in the context of crisis.

Keywords: Transgender persons ; Health care reform ; Community participation ; organization and administration ; right to health ; Linguistics.

¹ Université François-Rabelais Tours, Faculté de médecine – EA 75-05 Éducation Éthique Santé – Tours – France.

² Université de Lille, CNRS – UMR 8163 Savoirs, Textes, Langage – Villeneuve-d'Ascq – France.

Correspondance : A. Baleige
baleige.a@gmail.com

Réception : 28/05/2024 – Acceptation : 27/01/2025

Introduction

Santé trans, santé publique et droits humains

La santé trans et la santé publique forment des champs transdisciplinaires visant à promouvoir la santé des personnes en agissant aux niveaux communautaire ou populationnel. Ils intersectionnent notamment depuis la dépsychopathologisation de la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), publiée en 2018 et effective depuis le 1^{er} janvier 2022 [1].

Toutes les nosographies précédentes – depuis la première classification aliéniste de 1838 [2] – conceptualisaient les personnes trans comme porteuses d'une maladie ou infirmité de l'enfance, imputée à un trouble mental – héritage historique de l'oppression étatique psychiatrique du début du XIX^e siècle [3]. Ce changement nosographique fait suite à l'adoption en 1948 des droits humains [4] comme cadre normatif des recherches et pratiques en santé qui a permis l'émergence de recherches communautaires proposant des conceptualisations alternatives portées par les communautés elles-mêmes, et des décennies d'activisme pour les droits humains [5, 6]. La redéfinition de la santé comme bien-être a conduit l'OMS, sur la base de six études de terrain [7] dont une en France [8], à abandonner la psychopathologisation tout en conservant une construction diagnostique pathologique – l'incongruence de genre [1, 9] – avec l'objectif de « garantir l'accès des personnes transgenres à des soins d'affirmation de genre, ainsi qu'à une couverture d'assurance maladie adéquate pour ces services » [1]. Si l'OMS reconnaît l'objectif entièrement politique du maintien d'une pathologisation, il a été largement critiqué par les personnes concernées – notamment la pathologisation inutile des enfants [9, 10] – au nom du droit humain fondamental des personnes et communautés à décider de leur destin : l'autodétermination [4]. La conceptualisation actuelle des personnes trans représente de fait un vecteur imparfait – non participatif [3, 11] et non congruent avec l'ensemble des droits humains – de transition sociale vers une adoption des droits humains comme normes des politiques et pratiques de santé trans. Bien que préconisée par les communications scientifiques internationales [12-14], cette approche reste largement absente des pratiques et politiques de santé trans occidentales, participant aux injustices épistémiques subies par les communautés [15], derrière une façade de technicité professionnelle et de recherche [11, 12].

Les droits humains définis par l'Organisation des Nations Unies (ONU) [4] – piliers des approches de santé publique [16, 17] – permettent de conceptualiser les personnes trans simplement comme exerçant leur droit humain fondamental et partagé à l'autodétermination [4]. L'exercice de ce droit développé notamment dans les *principes de Yogyakarta* [18, 19] – qui appliquent les droits humains aux populations LGBTQI, de manière similaire à la *convention relative aux droits des personnes handicapées* [20] – s'accompagne d'une *transition*, communautairement définie comme « une période au cours de laquelle une personne trans passe socialement ou physiquement d'une manière d'être genrée à une autre » [21]. L'exercice de ce droit peut faire intervenir le système de santé [12, 13, 22], de manière similaire aux droits reproductifs. La *population trans*, ou les *communautés trans*, sont des expressions employées pour référer à l'ensemble des personnes trans qui, au sens de la santé publique [16], partagent notamment une lutte politique commune pour la jouissance de leurs droits fondamentaux [5, 6] et une situation de vulnérabilité multifactorielle résultant d'oppressions systémiques et individuelles auxquelles participent les états et systèmes de santé [12-14].

Enjeux de santé publique

L'intersectionnalité est un prisme d'analyse constitutif des communautés trans. En effet, si l'usage au singulier peut être considéré abusif, la multiplicité des communautés de la population trans [14, 22] participe à la diversité de ses enjeux – on peut citer notamment l'invisibilisation des personnes non-binaires [23] ou transmasculines [14]. De fait, si les discussions de santé s'intéressent quasi-exclusivement à l'ensemble *des personnes trans*, c'est que la focale est mise sur la jouissance des droits fondamentaux – de manière encore similaire à ce qu'on observe en matière de santé reproductive [24] – à défaut des enjeux de santé. L'enjeu de santé publique est donc organisationnel, mais aussi normatif dans un contexte où les cadres de la santé publique sont mis à mal politiquement. Cette recherche interroge la possibilité de produire un discours et des politiques de santé dans ce contexte.

L'intégration des savoirs et expertises dans les politiques publiques est une focale de la santé publique [16] (largement révélée à l'occasion de pandémie de COVID-19 [25-27]), qui porte plus spécifiquement sur la capacité de notre gouvernance à agir face à l'incertitude ou la controverse [28]. Depuis, ces interrogations ont trouvé un écho particulier aux questions transversales du champ,

notamment de changements d'allure paradigmatique : adoption d'une définition de la santé comme bien-être en 1946 [29], intégration de la santé dans toutes les politiques [30], ou développement du concept d'*une seule santé* [31]. En France, si le concept de démocratie en santé se répand – notamment dans les suites de la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, son intégration reste au mieux parcellaire et des auteurs notent qu'il tend à disparaître dans les situations de tension « au profit d'un savoir monologique d'autorité, étayé sur la rationalité de l'expert » [27]. Pour autant, les enjeux sont partagés dans la lutte contre le tabagisme [32], la santé orale [33], la santé physique des personnes psychiatriquées [34], etc. Ainsi, étudier la santé trans est aussi un moyen d'étudier la capacité de nos systèmes à faire face.

Contexte de santé trans en France

En 2017 et à la suite de deux condamnations de la Cour Européenne des Droits de l'Homme [35], la France a mis fin à la stérilisation systématique des personnes trans – qui ne peuvent cependant pas reconnaître leurs enfants, mais peine à les inclure dans ses politiques publiques [24]. Les systèmes de santé restent inadaptés, peu accessibles, et pourvoyeurs de préjugés, discriminations et violences [22, 36] :

De très nombreuses études nationales et internationales attestent d'un non-recours ou d'un recours trop tardif aux soins, même primaires, du fait d'un accueil souvent inadapté et parfois discriminant (mégénrage, questions déplacées, refus de prises en charge). Ces difficultés sont d'autant plus préjudiciables que la précarité matérielle et l'isolement liés aux discriminations vécues au quotidien renforcent l'éloignement aux soins, et que les problèmes de santé mentale et sexuelle sont sur-représentés dans la population trans [22].

S'appuyant sur un avis du Défenseur des droits de 2018, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme rapporte que « les maltraitements médicaux envers les personnes trans sont encore plus fréquentes qu'envers les personnes LGBTI en général » [36].

Pour autant, ce n'est pas le respect du droit humain fondamental de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible qui motive le développement actuel de politiques publiques françaises pour les communautés trans, mais la dynamique politique impulsée par l'OMS

via les changements nosographiques de la CIM-11. Ainsi, entre le 23 avril [37] et le 13 juillet 2021 [22], le ministre des Solidarités et de la Santé a demandé à la Haute Autorité de Santé (HAS) – « autorité publique indépendante à caractère scientifique » [36] – la production de recommandations de bonnes pratiques, éclairées d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). La HAS avait déjà publié en 2009 un premier document sur la santé trans reposant sur une conceptualisation datée et psychopathologique [38]. Conformément à ses protocoles [39], elle a validé le 7 septembre 2022 une note de cadrage sur les *parcours de transition des personnes trans-genres* [37]. Ce document a pour objectif de cadrer normativement et fixer la composition d'un groupe de travail à l'élaboration de politiques publiques. Son étude présente donc un intérêt multiple pour la santé publique, puisqu'il interroge sa prise en compte dans les politiques publiques [27, 30, 40] et leur rapport aux savoirs et expertises, dans un contexte de controverse politique et de tensions sur les institutions publiques.

Bien qu'il existe un consensus international et des normes partagées [13], la discussion politique reste centrée sur des discours de haine où l'existence même des personnes trans – et des droits humains – est remise en cause. Si ces consensus ouvrent des points de tension entre professionnel·les, universitaires et communautés [9, 10, 41], aucun n'est repris dans le débat public. Dans ce contexte, la HAS a pris la décision de maintenir une opacité sur les avis experts mobilisés « qui ne doivent être sujets à aucune forme de pression durant l'élaboration des travaux » [42], sans appel à participation. Des activistes anti-trans¹ ont utilisé cette opacité pour exercer une pression sur l'institution, notamment en utilisant les médias pour jeter le discrédit sur son indépendance et révéler l'identité de membres spécifiques du groupe de travail [39], ainsi qu'en saisissant le tribunal administratif – qui a confirmé le caractère public des informations, jugement face auquel la HAS a déposé un pourvoi en cassation [42]. Des professionnel·les de la santé trans ont récemment publié une tribune dénonçant les pressions extérieures et la mise à mal de l'indépendance de la HAS [43]. Au-delà de la controverse, c'est donc une occasion rare – équivalente à un *stress test* [44] – d'étudier le fonctionnement des institutions publiques et leur intégration des cadres normatifs en période de crise.

¹ Pour plus de précisions sur le sens des termes, nous recommandons les notes de traduction francophone de l'article « *Rapid-Onset Gender Dysphoria* » – *Un commentaire critique* de Florence Ashley, par la revue GLAD! [65].

Question et objectifs de recherche

Cette recherche porte sur le document *Parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage (2022)* de la HAS [37] et vise à produire des savoirs sur la production et l'interprétation des politiques publiques en contexte de crise institutionnelle et de changements paradigmatiques. Elle y questionne la capacité à produire des discours et politiques de santé dans un contexte de remises en causes normatives. Cet article s'intéresse aux processus de production des discours [45] avec comme objectif d'y décrire la place des stratégies de nomination, et de mitigation et intensification [46], au regard du travail préliminaire de l'IGAS [22].

Méthodes

Cadres de recherche

Le cadre normatif mobilisé dans cette étude est celui des droits humains, définis par l'ONU [4], incluant la définition de la santé de la constitution de l'OMS [29], et leur application aux droits LGBTQI des *Principes de Yogyakarta* [18, 19]. Ce cadre normatif est notamment partagé par l'*Agenda 2030 pour le Développement Durable* [47], la promotion de la santé [17], et les actions communautaires [5, 6]. Il inclut une dimension participative de production des savoirs et politiques publiques. Aussi, cette étude s'appuie sur une approche participative où la recherche est menée par une personne directement concernée, dans la lignée des *survivor research* et de leurs bénéfices de validités scientifique et écologique [48], par ailleurs déjà utilisée en santé trans [11, 24].

Notre méthodologie s'appuie sur la *Discourse-Historical Approach* des *Critical Discourse Studies* (CDS) [46]. Le discours y est compris « comme instrument de pouvoir et de contrôle ainsi que [...] comme instrument de construction sociale de la réalité » [49], en interaction avec son contexte par des processus de production et d'interprétation [45]. Nonobstant leur intérêt pour la recherche en santé publique [50], les CDS sont limitées par leur aspect trop qualitatif [51]. Aussi, nous avons choisi de restreindre l'angle critique – « qui doit être compris comme une prise de distance des données (bien que la critique soit principalement une "critique située") », les intégrant dans le contexte social, en explicitant le positionnement politique des participant-es au discours, et mettant l'accent sur l'autoréflexion continue des

chercheuses » [46] – au profit d'approches de lexicométrie outillée, dans un but de triangulation [46]. La lexicométrie est une « approche guidée par les données de l'utilisation (surtout politique) du langage dans laquelle l'analyste applique une gamme d'algorithmes statistiques sur des données textuelles afin de dévoiler ses macrostructures lexico-sémantiques dans une perspective synchronique et diachronique » [52].

L'étude du document de la HAS : *Parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage (2022)* [37] est centrée sur les processus de production et les stratégies associées de nomination – termes utilisés pour référer aux personnes cibles, et de mitigation et intensification [46] – modification de l'intensité des arguments au regard du document de l'IGAS [22]. Les analyses ont été réalisées en deux étapes : une classification hiérarchique descendante (nomination), et une analyse de similitudes (mitigation et intensification). Nous avons réalisé le pré-traitement avec le logiciel Notepad++ v8.6.5.

Classification hiérarchique descendante

Le texte – à l'exception des références et des sous-chapitres 1.1. et 1.3. sans texte original – a suivi la méthode A.L.C.E.S.T.E. [53]. Elle inclut trois étapes de traitement :

- lemmatisation – remplacement des mots par leur forme canonique, les lemmes (présentés en petites majuscules) appuyée sur une identification en partie du discours ;
- segmentation en unités de contexte élémentaires (uce) – permettant l'analyse des lemmes en contexte immédiat ;
- segmentation des uce pour l'analyse.

L'analyse construit ensuite une classification par itération de comparaisons de segments par test du chi carré vs le reste du texte. Une double analyse est menée en parallèle avec une variation des tailles de segmentation pour s'assurer de la stabilité des classes. Une fois le nombre désiré de classes atteint ou la portion du corpus incluse trop faible (seuil utilisé de 80,0 %), l'analyse aboutit à une classification des lemmes, hiérarchisée et descendante. Elle permet également l'étude de la distribution de variables descriptives.

Le traitement et l'analyse ont été réalisés avec le logiciel IramuTeQ v0.7alpha2 2020 pour R v4.1.3 [54]. Notre analyse est centrée sur les lemmes de nomination des personnes trans parmi les classes finales. Nous avons utilisé comme variable descriptive la structure du document en associant chaque portion du texte à son sous-chapitre [37].

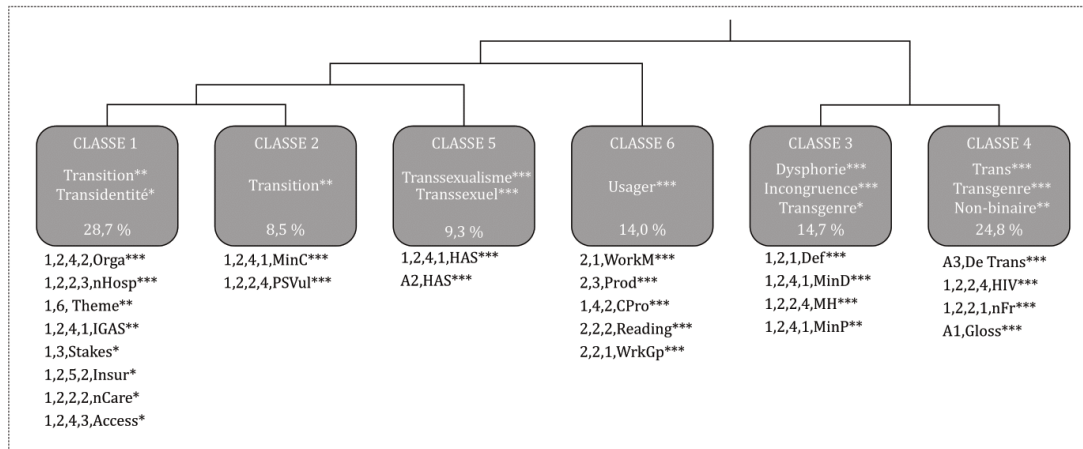


Figure 1 : Classification hiérarchique descendante de 80,1 % de [37]

Les corrélations sont basées sur le test du chi-carré : groupe vs reste du corpus. Les lemmes utilisés pour désigner les personnes trans et les modalités de variable sont statistiquement associés à la classe (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$). Description des chapitres (modalités = titre du chapitre) : 1.2.1 = Définitions ; 1.2.2.1 = Nombre de personnes transgenres en France ; 1.2.2.2 = Nombre de personnes prises en charge ; 1.2.2.3 = Nombre de séjours hospitaliers pour transsexualisme ; 1.2.2.4HIV = Infection à VIH ; 1.2.2.4MH = Troubles de santé mentale ; 1.2.2.4PSVul = Vulnérabilité psycho-sociale ; 1.2.4.1.HAS = Rapport de la HAS en 2009 ; 1.2.4.1.IGAS = Définition du parcours de transition d'après le rapport de l'IGAS 2022 ; 1.2.4.1MinP = Cas particulier des mineurs – Prévalence ; 1.2.4.1MinD = Cas particulier des mineurs – Troubles associés ; 1.2.4.1MinC = Cas particulier des mineurs – Accompagnement ; 1.2.4.2 = Organisation de la prise en charge ; 1.2.4.3 = Difficultés d'accès aux soins ; 1.2.5.1 = Lois ; 1.2.5.2 = CCAM ; 1.3 = Enjeux ; 1.4.2 = Professionnels concernés ; 1.6 = Délimitation du thème / questions à traiter ; 2.1 = Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet ; 2.2.1 = Groupe de travail ; 2.2.2 = Groupe de lecture ; 2.3 = Productions prévues ; A1.Glossaire = Glossaire ; A2.HAS = Présentation schématique de HAS, 2009 ; A3.DeTrans = Détransition.

Analyse de similitudes

Cette analyse s'appuie sur le logiciel Ferret v5.4 – utilisé dans la détection du plagiat [55, 56] – qui permet la comparaison de trigrammes (groupes de trois mots) entre plusieurs documents. Le nombre de trigrammes partagés est utilisé pour calculer une mesure de proximité entre les documents.

Puis, le document de la HAS [37] a été comparé au rapport de l'IGAS [22]. Pour chaque sous-chapitre, les similitudes ont été analysées manuellement avec identification des passages, mise en évidence et catégorisation des différences, et comptage des mots. Les catégorisations ont été effectuées par deux chercheuses en parallèle en aveugle et ont abouti à un consensus.

Les différences observées ont été contextualisées au regard de l'ensemble du document [37] pour synthétiser leur place dans la stratégie discursive. Notre analyse s'est centrée sur l'ensemble des stratégies d'intensification et de mitigation [46].

En raison de sa grande proximité, le rapport de l'IGAS [22] a été choisi comme texte de référence dans l'analyse.

Chaque sous-chapitre présentant un écart conceptuel par rapport au rapport de l'IGAS a été analysé, une attention particulière a été accordée à l'usage et au contenu des similitudes textuelles et des références, amenant à un résumé consensuel des stratégies de mitigation et d'intensification.

Résultats

Classification hiérarchique descendante

Après lemmatisation, le document comprend 5 375 occurrences de 1 194 formes uniques, c'est-à-dire un ratio *type/token* de 26,6 %. Les hapax (occurrences uniques ; $n = 594$) représentent 49,8 % des formes uniques et 11,1 % des occurrences totales. L'algorithme a isolé 161 uce, segmentées en unités de 10 et 12 lemmes pour l'analyse.

La classification hiérarchique descendante a analysé 80,1 % du texte et individualisé 6 classes stables, contenant les lemmes les plus associés à un contexte lexical spécifique. Leur distribution et les chapitres associés sont présentés en figure 1. Les classes 3 et 4 (39,5 %) ont été les premières à s'individualiser, se concentrant sur certains aspects spécifiques de la population trans, suivies des classes 5 et 6 (23,3 %) sur le contenu institutionnel, et des classes 1 et 2 (37,2 %) sur les parcours de santé.

La classe 1 est associée aux lemmes relatifs aux parcours de santé : SOIN ($\chi^2(1) = 34.0, p < .001$), PARCOURS ($\chi^2(1) = 18.3, p < .001$), SÉJOUR ($\chi^2(1) = 12.9, p < .001$), ALD ($\chi^2(1) = 12.9, p < .001$), et PELVIEN ($\chi^2(1) = 18.4, p < .001$). Les personnes trans sont mentionnées indirectement : TRANSITION ($\chi^2(1) = 10.2, p < .01$) et TRANSIDENTITÉ ($\chi^2(1) = 4.3, p < .05$). La classe 1 est associée à la plupart des sous-chapitres de la première section, y compris ceux sur les enjeux (1.3. ; $\chi^2(1) = 5.1, p < .05$) et le thème (1.6. ; $\chi^2(1) = 9.2, p < .01$). Contrairement à la première, la classe 2 se concentre sur la vulnérabilité psychosociale, est basée sur le RAPPORT ($\chi^2(1) = 18.6, p < .001$) de l'IGAS ($\chi^2(1) = 45.1, p < .001$), et est associée à des lemmes exprimant des limites de l'organisation des soins, comme RUPTURE ($\chi^2(1) = 13.3, p < .001$), DIFFICULTÉ ($\chi^2(1) = 17.7, p < .001$), TROUVER ($\chi^2(1) = 33.0, p < .001$), en particulier pour les MINEURS ($\chi^2(1) = 18.8, p < .001$). Elle est associée aux chapitres spécifiques sur les vulnérabilités psychosociales (1.2.2.4PSVul ; $\chi^2(1) = 23.4, p < .001$) et l'accompagnement des mineur-es (1.2.4.1MinC ; $\chi^2(1) = 37.6, p < .001$), où le texte se concentre sur la TRANSITION ($\chi^2(1) = 6.4, p < .05$).

La classe 3 est associée à des lemmes liés à la santé mentale : PRÉVALENCE ($\chi^2(1) = 13.5, p < .001$), TROUBLE ($\chi^2(1) = 25.2, p < .001$), MENTAL ($\chi^2(1) = 13.5, p < .001$), IDÉE ($\chi^2(1) = 17.8, p < .001$), SUICIDAIRE ($\chi^2(1) = 23.9, p < .001$), et DISCRIMINATION ($\chi^2(1) = 17.6, p < .001$). Les personnes trans sont peu mentionnées explicitement (TRANSGENRE, $\chi^2(1) = 4.5, p < .05$), et surtout sous l'angle de la psychopathologisation (DYSPHORIE, $\chi^2(1) = 17.6, p < .001$; GENRE, $\chi^2(1) = 7.9, p < .01$) et pathologisation (INCONGRUENCE, $\chi^2(1) = 11.9, p < .001$). Elle est associée aux chapitres spécifiques sur la définition des populations adulte (1.2.1. ; $\chi^2(1) = 30.1, p < .001$) et adolescente (1.2.4.1MinP ; $\chi^2(1) = 11.8, p < .001$), ainsi que sur la santé mentale (1.2.2.4MH ; $\chi^2(1) = 17.8, p < .001$; 1.2.4.1MinD ; $\chi^2(1) = 23.9, p < .001$). En revanche, la classe 4 est principalement associée aux lemmes utilisés pour désigner la population trans : IDENTITÉ ($\chi^2(1) = 15.3, p < .001$), POPULATION ($\chi^2(1) = 14.7, p < .001$), TRANS ($\chi^2(1) = 32.0, p < .001$), HOMME ($\chi^2(1) = 22.4, p < .001$), FEMME ($\chi^2(1) = 21.3, p < .001$), et TRANSGENRE ($\chi^2(1) = 11.5, p < .001$) ; et

le statut VIH : SÉROPOSITIVITÉ ($\chi^2(1) = 12.5, p < .001$). Elle est également associée aux chapitres spécifiques sur la taille (1.2.2.1. ; $\chi^2(1) = 19.1, p < .001$), le VIH (1.2.2.4HIV ; $\chi^2(1) = 29.3, p < .001$), le glossaire (A1.Glossaire ; $\chi^2(1) = 11.6, p < .001$), et la dernière annexe détaillant des résultats sélectionnés de trois études sur la « détransition » [37] (A3.DeTrans ; $\chi^2(1) = 36.5, p < .001$).

La classe 5 est associée aux lemmes spécifiques au rapport 2009 de la HAS sur le transsexualisme : SITUATION ($\chi^2(1) = 20.1, p < .001$), PROPOSITION ($\chi^2(1) = 40.3, p < .001$), PERSPECTIVE ($\chi^2(1) = 30.0, p < .001$), DÉMARCHE ($\chi^2(1) = 50.7, p < .001$), EXPÉRIENCE ($\chi^2(1) = 30.8, p < .001$), VIE ($\chi^2(1) = 20.1, p < .001$), RÉEL ($\chi^2(1) = 40.3, p < .001$), et RAPPORT ($\chi^2(1) = 16.4, p < .001$), HAS ($\chi^2(1) = 14.2, p < .001$). Les personnes trans sont psychopathologisées sur la base de la CIM-10 : TRANSEXUEL ($\chi^2(1) = 12.0, p < .001$) ou TRANSEXUALISME ($\chi^2(1) = 12.1, p < .001$). Elle est fortement associée au chapitre (1.2.4.1.HAS ; $\chi^2(1) = 72.2, p < .001$) et à l'annexe (A2.HAS ; $\chi^2(1) = 50.7, p < .001$) du rapport 2009 de la HAS [38]. En revanche, la classe 6 est associée à des lemmes institutionnels : RECOMMANDATION ($\chi^2(1) = 41.1, p < .001$), TRAVAIL ($\chi^2(1) = 60.1, p < .001$), GROUPE ($\chi^2(1) = 32.8, p < .001$), LECTURE ($\chi^2(1) = 25.5, p < .001$), PROFESSIONNEL ($\chi^2(1) = 11.7, p < .001$) et USAGER ($\chi^2(1) = 18.9, p < .001$). Les personnes trans ne sont pas directement référencées et cette classe est associée à la deuxième section du document et au chapitre de la première section concernant les professions impliquées (1.4.2. ; $\chi^2(1) = 12.5, p < .001$).

Cette analyse met en évidence que la production des discours au sein du document est statistiquement associée aux sous-chapitres le structurant. Il ne s'agirait donc pas d'un discours unifié instancié à chaque étape, mais d'une agglutination de discours éparses construits autour des enjeux spécifiques qu'ils abordent et faisant varier la conceptualisation des personnes trans entre des définitions identitaires, communautaires, psychopathologiques, et structurelles issues de cadres normatifs incompatibles entre eux.

Analyse de similitudes

Avec le logiciel Ferret [55], nous avons conduit une analyse de similitudes textuelles en comparant le document [37] au rapport de l'IGAS [22]. Les deux documents contiennent respectivement 4 540 et 31 000 trigrammes. Le rapport d'analyse a mis en évidence 1 433 trigrammes partagés – soit une mesure de ressemblance de 4,2 % – où les trigrammes du rapport de l'IGAS représentent 31,6 % du document.

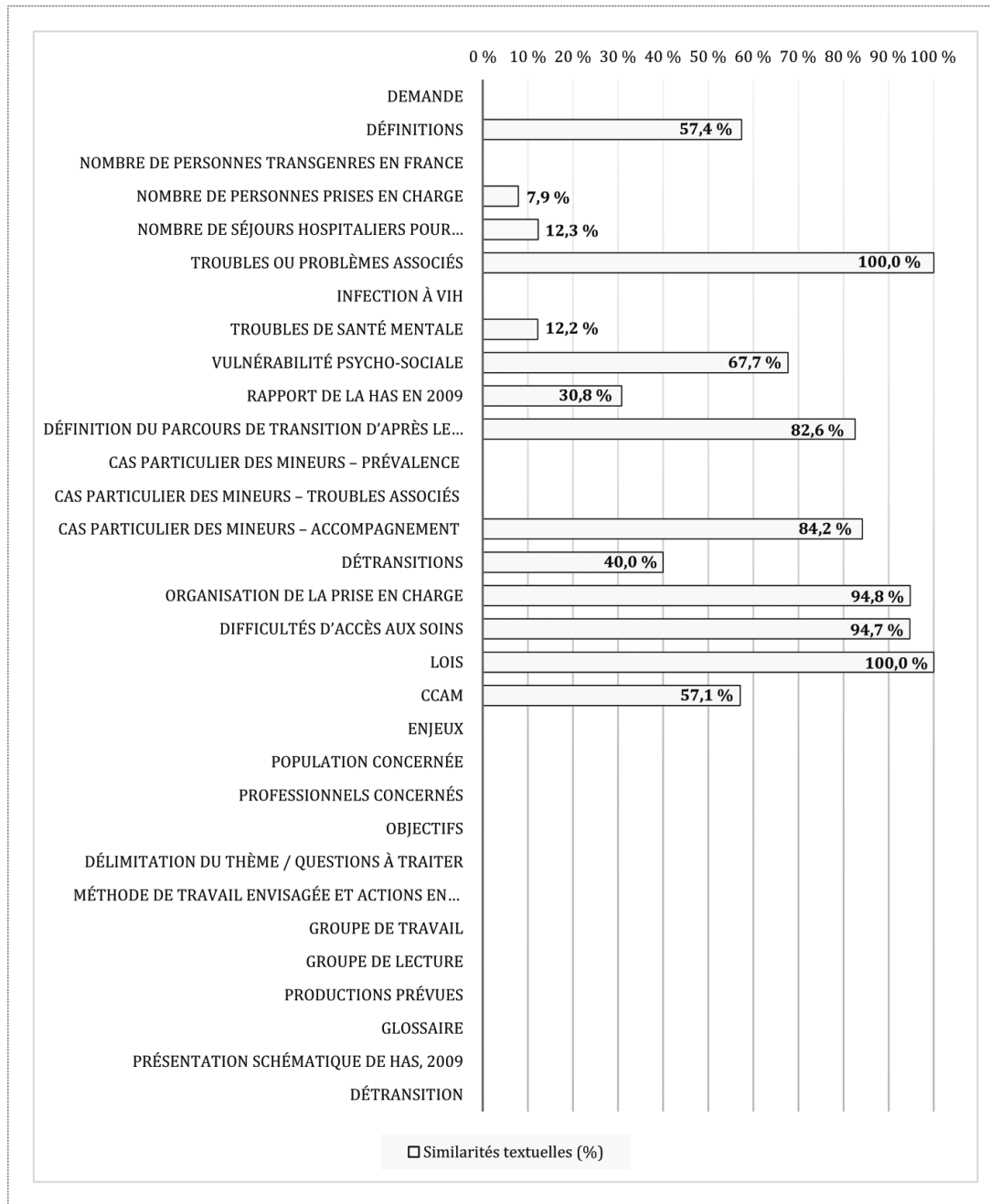


Figure 2 : Répartition des proportions de similitudes textuelles avec [22], par sous-chapitre de [37]

La lecture des similitudes a permis d'identifier 35 sections se chevauchant entre les documents, classées en quatre catégories distinctes : identiques (n=12 ; 34,3 %), tronquées (n=11 ; 31,4 %), paraphrasées (n=10 ; 28,6 %), et réécrites (n=2 ; 5,7 %). Sur les 33 (94,3 %) sections non réécrites, le rapport de l'IGAS [22] est explicitement cité dans 25 (75,8 %), 4 (12,1 %) mentionnent à la place les institutions françaises citées comme sources dans le rapport, 3 (9,1 %) ne donnent pas d'origine claire et 1 (3,0 %) n'est pas sourcée. Pour ces mentions, la HAS n'utilise pas de format de citation et les a supprimés dans une section où le rapport de l'IGAS citait les données nationales de l'assurance maladie [22]. Sur les deux parties réécrites, l'une reprend des termes du rapport 2009 [38], l'autre intègre une source scientifique originale [12] sans qu'elle ne soit correctement référencée ou que son contenu soit fidèlement inclus. La distribution des similitudes est présentée figure 2.

Les principaux résultats de l'analyse des stratégies de mitigation et intensification sont présentés dans la table 1, où on observe que les modifications apportées par la HAS vont dans le sens d'une conception pathologique des adultes trans associée à de nombreuses comorbidités – systématiquement psychiatriques – et d'une conception psychopathologique des jeunes trans, tout en minimisant sa propre responsabilité dans la mauvaise gestion du système de santé à l'égard de la population trans. Les sous-chapitres associés aux classes 3 et 4 (jeunes trans et « détransition » [37]) de la classification hiérarchique descendante sont ceux présentant le plus de texte altéré ou original, au contraire de ceux des classes 1 et 2 (parcours de santé et vulnérabilités psychosociales). La structure du discours de la HAS ne respecte pas la nosographie [1] – motif explicite du travail [37] – et s'organise autour de la reconnaissance de la capacité juridique à consentir, argumentant la médicalisation des majeur-es et l'incapacité des mineur-es, derrière des arguments d'allure scientifique.

Discussion

Nous n'avons pas identifié de limite méthodologique pendant l'exécution. Contrairement à ce que faisait craindre la forte diversité lexicale, le document [37] se prête aux analyses lexicométriques et a permis la réalisation d'une analyse double sur plus de 80,0 % du texte. Les proximités du document [37] avec celui de l'IGAS [22] ont également participé à renforcer l'analyse des similitudes. L'analyse des stratégies d'intensification et de mitigation

fait appel à la subjectivité des chercheuses, pour autant cette subjectivité est également recherchée par l'approche participative et secondaire au traitement automatique des données. Cette force méthodologique s'effectue au prix d'une réduction des capacités explicatives de l'approche critique, nous plaçant dans une position de minimisation des enjeux.

Si cette étude a pour but d'analyser la construction du document à partir de sa forme, les résultats de l'analyse de similitudes interrogent la gouvernance des politiques de santé. D'abord sur la forme et le droit d'auteur que la HAS appose sur un document [37] où une grande partie du texte serait plagié du travail d'une autre institution [22]. Puis sur son rapport à la vérité, à la fois dans son absence de mention des sources et citations, sur la réécriture de son histoire – notamment sur l'omission de l'étape de diagnostic différentiel dans le résumé de son rapport précédent, et dans l'emploi de ses références. Enfin sur le fond et la cohérence de l'organisation des institutions publiques françaises de santé, où il est déjà discuté que « les organismes qui ont un rôle dans le champ de la santé publique sont très nombreux », « se coordonnent insuffisamment », et « peuvent même parfois se contredire entre eux » [40].

Les résultats des analyses lexicométriques mettent en évidence que le document est structuré en trois parties lexicalement distinctes et de volume proche. La partie qui se distingue la plus nettement des autres (classes 3 et 4) aborde les enjeux de définition, taille, et des jeunes. Cette partie ne s'appuie pas sur le travail de l'IGAS et est une production originale de références, texte, et argumentation. Elle pose une définition psychopathologique des personnes trans et de manière disproportionnée des jeunes trans (classe 3), et mobilise les termes communautaires pour illustrer les morbidités.

Une autre partie (classes 1 et 2) est construite à partir du rapport de l'IGAS dont est extrait l'état des lieux (classe 1), et des paragraphes sur les vulnérabilités psychosociales conservés du document original. Les altérations ont systématiquement pour effet de minimiser les enjeux de santé communautaire, les déterminants et mécanismes sociaux et culturels, et les intersections. Ces enjeux, comme les parcours et les personnes, sont psychopathologisés et deviennent des éléments d'une mauvaise santé mentale venant justifier une systématisation de l'accompagnement par des services psychiatriques. Cette mécanique est particulièrement visible dans la différence de traitement des jeunes et des adultes dans le document : la psychopathologisation des jeunes trans est la seule définition mobilisée – il n'est pas référé au diagnostic de la CIM-11 – et est présente jusque dans les titres de sous-chapitres

Table 1 : Stratégies d'intensification et de mitigation entre [37] et [22]

Sous-chapitre	Titre	Classe	Index des références	Cadres normatifs des références (index)	Similarités textuelles mots/total (%) ; catégories (n)	Stratégies d'intensification et de mitigation (<i>M</i> =mitigation ; <i>I</i> =Intensification)
1.1.	Demande	-	-	-	0/237 (0,0 %).	-
1.2.1.	Définitions	3	-	-	97/169 (57,4 %) ; Identique (2).	Retrait des définitions de la communauté trans basées sur l'auto-détermination et la diversité de genre (<i>M</i>).
1.2.2.1.	Nombre de personnes transgenres en France	4	1 ; 2 ; 3*	Psychopathologie (1) ; Trans incluant la diversité de genre (2, 3)	0/178 (0,0 %).	Retrait des estimations de la population trans basées sur l'auto-détermination et la diversité de genre (<i>M</i>).
1.2.2.2.	Nombre de personnes prises en charge	1	4	Trans incluant la diversité de genre (4)	10/126 (7,9 %) ; Identique (1).	Retrait des limites et sous-estimations des données (<i>M</i>).
1.2.2.3.	Nombre de séjours hospitaliers pour transsexualisme	1	4	Trans incluant la diversité de genre (4)	25/204 (12,3 %) ; Identique (2).	-
1.2.2.4.Intro	Troubles ou problèmes associés	-	5*	Affection liée à la santé sexuelle (5)	37/37 (100,0 %) ; Réécrite (1).	Retrait de la notion de vulnérabilité psychosociale (<i>M</i>) ; Ajout du mésusage de produits (<i>I</i>).
1.2.2.4.HIV	Infection à VIH	4	6* ; 7	Trans excluant la diversité de genre (6) ; Trans incluant la diversité de genre (7)	0/325 (0,0 %)	Retrait des facteurs contextuels (<i>M</i>) ; Emphase sur le travail du sexe et le statut migratoire (<i>I</i>).
1.2.2.4.MH	Troubles de santé mentale	3	8 ; 9	Trans incluant la diversité de genre (8, 9)	21/172 (12,2 %) ; Tronquée (1).	Retrait des limites et sous-estimations des données (<i>M</i>) ; Retrait des facteurs contextuels (<i>M</i>) ; Minimisation du rôle des discriminations dans les problèmes de santé mentale (<i>M</i>) ; Emphase sur le risque de suicide vie entière, prenant en compte la période pré-transition (<i>I</i>) ; Emphase sur les problèmes de santé mentale (<i>I</i>) ; Emphase sur la légitimité de l'intervention psychiatrique systématique (<i>I</i>).
1.2.2.4.PSVul	Vulnérabilité psycho-sociale	2	10* ; 11* ; 4	Trans excluant la diversité de genre (10, 11) ; Trans incluant la diversité de genre (4)	88/130 (67,7 %) ; Paraphrasée (1), Tronquée (2).	Non-reprise des données françaises sur les discriminations (<i>M</i>) ; Retrait de l'impact sur les ruptures de vie et la vie affective (<i>M</i>) ; Retrait de la majoration des vulnérabilités chez les jeunes (<i>M</i>) ; Emphase des problèmes de santé mentale au détriment des discriminations et violences (<i>I</i>).

Suite

Table 1 : (Suite)

Sous-chapitre	Titre	Classe	Index des références	Cadres normatifs des références (index)	Similarités textuelles mots/total (%) ; catégories (n)	Stratégies d'intensification et de mitigation (M=mitigation ; I=Intensification)
1.2.4.1.HAS	Rapport de la HAS en 2009	5	12 ; 4 ; 4	Psychopathologie (12) ; Trans incluant la diversité de genre (4, 4)	196/637 (30,8 %) ; Paraphrasée (1), Tronquée (2), Réécrite (1).	Retrait des critiques de son rapport précédent (M) ; Retrait du caractère non-nécessaire des soins de santé mentale (M) ; Minimisation de l'auto-détermination, parentalité (M) ; Retrait des enjeux sociaux des chirurgies (M) ; Emphase sur la nécessité d'un délai de réflexion (I) ; Redéfinition de la transition comme un parcours de soins (I) ; Redéfinition des objectifs chirurgicaux en faveur de la normalisation binaire des corps (I).
1.2.4.1.IGAS	Définition du parcours de transition d'après le rapport de l'IGAS 2022	1	4 ; 4	Trans incluant la diversité de genre (4, 4)	157/190 (82,6 %) ; Paraphrasée (4).	Emphase sur la composante médicale de la transition (I).
1.2.4.1.MinP	Cas particulier des mineurs – Prévalence	3	13	Psychopathologie (13)	0/62 (0,0 %)	Retrait des définitions des jeunes trans basées sur l'auto-détermination et la diversité de genre (M) ; Définition psychopathologique des jeunes trans (I).
1.2.4.1.MinD	Cas particulier des mineurs – Troubles associés	3	14 ; 15* ; 16*	Psychopathologie (14, 15, 16)	0/138 (0,0 %)	Non-mention des biais et limites d'évaluation de la neurodiversité chez les jeunes trans (M) ; Effacement de la participation des jeunes trans (M) ; Emphase sur la neurodiversité psychopathologique (I) ; Emphase sur l'incertitude et le manque de données (I).
1.2.4.1.MinC	Cas particulier des mineurs – Accompagnement	2	4 ; 4	Trans incluant la diversité de genre (4, 4)	277/329 (84,2 %) ; Paraphrasée (5).	-
1.2.4.1.DeTrans	Détransitions	-	-	-	10/25 (40,0 %) ; Paraphrasée (1).	Retrait des éléments de bénéfice/risque et de l'auto-détermination (M) ; Emphase sur les risques (I) ; Ne pas respecter les parcours établis est un risque (I) ; Emphase sur l'incertitude et le manque de données (I).

Suite

Table 1 : (Suite)

Sous-chapitre	Titre	Classe	Index des références	Cadres normatifs des références (index)	Similarités textuelles mots/total (%) ; catégories (n)	Stratégies d'intensification et de mitigation (M=mitigation ; I=Intensification)
1.2.4.2.	Organisation de la prise en charge	1	4	Trans incluant la diversité de genre (4)	218/230 (94,8 %) ; Paraphrasée (3), Tronquée (3).	Retrait des discriminations dans les remboursements (M) ; Retrait des critiques de son rapport précédent (M) ; Redéfinition des objectifs chirurgicaux en faveur de la normalisation binaire des corps (I).
1.2.4.3.	Difficultés d'accès aux soins	1	4	Trans incluant la diversité de genre (4)	126/133 (94,7 %) ; Identique (3), Tronquée (1).	Simplification des enjeux d'organisation des soins en discrimination (M) ; Effacement des enjeux spécifiques au profit de la santé globale (M).
1.2.5.1.	Lois	-	-	-	165/165 (100,0 %) ; Paraphrasée (1), Tronquée (1).	Retrait des éléments politiques de l'évolution du cadre législatif (M).
1.2.5.2.	CCAM	1	-	-	36/63 (57,1 %) ; Paraphrasée (1).	-
1.3.	Enjeux	1	-	-	0/71 (0,0 %).	-
1.4.1.	Population concernée	-	-	-	0/34 (0,0 %).	-
1.4.2.	Professionnels concernés	6	-	-	0/46 (0,0 %).	-
1.5.	Objectifs	-	-	-	0/21 (0,0 %).	-
1.6.	Délimitation du thème/questions à traiter	1	-	-	0/245 (0,0 %).	-
2.1.	Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet	6	-	-	0/156 (0,0 %).	-
2.2.1.	Groupe de travail	6	-	-	0/96 (0,0 %).	-
2.2.2.	Groupe de lecture	6	-	-	0/60 (0,0 %).	-
2.3.	Productions prévues	6	-	-	0/15 (0,0 %).	-
A1.Gloss	Glossaire	4	-	-	0/179 (0,0 %).	Absence de reprise des éléments du glossaire dans le document malgré l'importance du langage en santé trans (M).

Suite

Table 1 : (Suite)

Sous-chapitre	Titre	Classe	Index des références	Cadres normatifs des références (index)	Similarités textuelles mots/total (%) ; catégories (n)	Stratégies d'intensification et de mitigation (M=mitigation ; I=Intensification)
A2.HAS	Présentation schématique de HAS, 2009	5	12	Psychopathologie (12)	0/211 (0,0 %).	Retrait de l'évaluation des diagnostics différentiels psychopathologiques dans la présentation de son travail antérieur (M).
A3.DeTrans	Détransition	4	17* ; 18* ; 19*	Psychopathologie (17, 19) ; Trans incluant la diversité de genre (18)	0/394 (0,0 %).	Absence de reprise des discussions conceptuelles autour de la transition ou du regret (M) ; Ne pas respecter les parcours établis est un risque (I) ; Emphase sur l'association entre détransition et autres populations vulnérables (I).

* Ces références ne sont pas présentes dans le rapport de l'IGAS [22].

« prévalence » et « troubles associés » [37]. Les concepts mobilisés par la HAS diffèrent également de ceux du rapport de l'IGAS, par exemple : l'IGAS met en avant l'expertise de la personne trans et la dimension sociale centrale de la transition, à ce titre les chirurgies d'affirmation de genre sont centrées sur le visage et le torse ; la HAS définit les chirurgies de réassignation comme génitales et mammaires, sur la base de critères normatifs de correction d'une infirmité des caractéristiques sexuelles.

Enfin, plus d'un quart du document analysé contient du contenu institutionnel (classes 5 et 6). La HAS réécrit son histoire dans un long sous-chapitre et une annexe dédiée (classe 5). Pour autant, la partie portant sur la méthode de travail (classe 6), et notamment la participation des communautés, n'a pas fait l'objet d'une attention particulière et les personnes trans n'y sont mentionnées que comme usagers. Les communautés trans se distinguent notamment par une forte participation communautaire et de nombreuses initiatives de terrain alliant savoirs professionnels et communautaires [6, 22, 41]. Pour autant, la HAS a anticipé les catégories professionnelles et usagères comme hermétiques et opposées, et le processus participatif comme satisfait avec 5 places prévues pour les personnes trans dans le futur groupe de travail, face à 16 à 17 places professionnelles. Si la HAS a choisi de reprendre son ancienne formulation sur la santé reproductive pour en intensifier les risques, elle a aussi considéré que la présence de « 1 médecin de la fertilité et de la reproduction » [37] n'était pas pertinente, alors que les personnes trans sont à ce jour absentes des politiques publiques en la matière [24]. De même, si la HAS a réécrit le paragraphe sur le VIH, il n'est pas situé au regard de la stratégie ONUSIDA 95-95-95 [57], et cette expertise n'est pas représentée dans le groupe de travail, mais dans sa relecture qui « comprendra en plus : des infectiologues » [37]. Groupe de travail qui inclut par ailleurs 3 professions de santé mentale, 3 professions de l'enfance – alors que « la population cible est celle des personnes de plus de 16 ans » [37], la médecine du sport, et la sociologie. Cette liste n'est pas représentative de l'élaboration d'une politique de santé à destination d'une population marginalisée [12, 58, 59], en situation de vulnérabilités multifactorielles et intersectionnelles [12, 14], et discriminée dans le système de santé [12, 36, 59], qui intervient en réponse à de multiples condamnations internationales d'atteintes aux droits fondamentaux [35], dans un contexte de transformations épistémiques majeures et intégrées dans un changement paradigmatique central au développement des approches de santé publique [27, 30, 40].

La HAS a refusé de nous informer sur les expertises consultées pour l'élaboration du document. À notre connaissance,

seule l'association TRANS SANTÉ France – anciennement SoFECT, société savante professionnelle [60] – a communiqué à de multiples reprises sur sa participation à trois rencontres préliminaires à l'élaboration de cette note de cadrage au côté d'autres associations. L'opacité quant aux participant·es et le refus de la HAS de communiquer sur sa méthodologie [39, 42] ne participent pas à faciliter la compréhension. S'il est certain que l'élaboration des politiques de santé doit faire intervenir un arbitrage, celui qui transparait de la construction du document évoque l'élaboration d'un consensus politique qui s'affranchirait des normes scientifiques. La définition de la population cible n'est ni celle utilisée dans les références internationales, ni conservée au long du document, ni partagée ou cohérente avec les références mobilisées. Les droits humains ne sont pas évoqués alors qu'ils sont à la source même de la dépsychopathologisation qui justifie le travail [5]. Les références scientifiques n'ont pas fait l'objet d'une recherche systématique et sont *cherry picked* au service de l'argumentation. Le travail d'une autre institution est modifié sans que ces modifications ne soient apparentes.

Les résultats de cette analyse n'ont trouvé aucun élément pouvant soutenir l'idée que les communautés trans auraient un impact sur l'indépendance de la HAS. À l'inverse, nos résultats de recherche viennent questionner directement l'indépendance de l'institution dans ses arbitrages politiques au regard de son statut d'institution scientifique. Le document produit ne s'inscrit pas dans la littérature scientifique [12-14, 59], les besoins de santé exprimés par les communautés [61, 62], ou les principes de la charte d'Ottawa [63] – référence normative mobilisée par TRANS SANTÉ France dans sa présentation [60]. Au-delà du caractère scientifique de l'institution, nos résultats interrogent la reconnaissance et le respect du caractère normatif des droits humains par l'état français, qui est absent de la demande ministérielle initiale [22, 37] et des politiques publiques menées depuis [24]. À la suite de ce travail, nous souhaitons interroger la vraisemblance d'intégrer la santé publique dans les politiques publiques [27, 30, 40] si ses bases conceptuelles restent à acquérir 76 ans après leur promulgation [29].

La taille et la complexité forment une limite centrale de cette recherche et interrogent la dynamique scientifique en santé publique : peut-on vraisemblablement considérer contribuer à rendre effectif le droit des populations au meilleur état de santé possible quand le travail de critique dépasse celui de production ? Si des auteurs et autrices pointent le rôle de la complexification artificielle des discours dans l'exercice du pouvoir [64], cela réinterroge nos méthodologies et processus de recherche, et plus largement l'enjeu de la communication scientifique.

Dans une perspective de critique prospective [46] où l'analyse critique est un outil d'amélioration des pratiques, nous avons synthétisé sur la base de nos résultats quelques recommandations qui nous sont apparues simples et nécessaires pour l'élaboration des politiques publiques de santé trans (encart 1).

Encart 1 – 5 recommandations pour l'élaboration des politiques publiques de santé trans

0. Utiliser une définition claire et précise de la population cible, qui sera conservée tout le long du document et mobilisée comme norme. Les autrices recommandent une définition issue de la santé communautaire, respectueuse des personnes et des droits humains tels que définis par l'Organisation des Nations Unies.

Par exemple, dans cet article nous avons défini les personnes trans comme les personnes exerçant leur droit fondamental à l'autodétermination et mobilisé le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible. Dans les enjeux de santé publique, nous avons utilisé la définition de communauté issue de la déclaration d'Alma Ata.

1. Définir les cadres normatifs dans lesquels s'inscrivent le travail, de préférence en citant des normes ou travaux de référence. Les autrices recommandent de s'appuyer sur la définition de la santé de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'agenda pour le développement durable à l'horizon 2030, et les stratégies internationales de santé publique, à l'exemple de la stratégie ONUSIDA 95-95-95.

Par exemple, s'appuyer sur les travaux et rapports communautaires européens, notamment ceux de Transgender Europe dont l'expertise est notamment reconnue par le Conseil de l'Europe ou l'Union Européenne.

2. Définir et respecter des normes bibliographiques, de citation, et d'autorat.

Par exemple, utiliser la norme de Vancouver, les guillemets de citation, et initier une réflexion sur la position institutionnelle sur le droit d'auteur au regard des enjeux de démocratie et de science ouverte.

3. Définir les enjeux de santé à partir des besoins des communautés, que ce soit par leurs contributions scientifiques ou leur participation active, dans le cadre des recommandations internationales en matière de santé, sécurité des soins, et démocratie participative.

Par exemple, réaliser un inventaire des productions communautaires, puis impliquer les parties prenantes au regard de leur expertise réelle en lieu de leur pouvoir institutionnel.

4. Rééquilibrer les enjeux de pouvoir au sein du processus d'élaboration afin de ne pas reproduire les injustices épistémiques et leurs impacts sur les iniquités de santé.

Par exemple, en considérant les conflits d'intérêts, au-delà de leur seule dimension économique, comme inhérents à la publication de recommandations de bonne pratique, de même que les enjeux de pouvoir dans les productions participatives. En santé trans, si des recommandations de bonnes pratiques sont attendues, c'est que les pratiques actuelles ne le sont pas.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Gender incongruence and transgender health in the ICD [En ligne]. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; n.d. [Cité le 13 avril 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>
2. Esquirrol E. Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Vol. 1. Paris : J. B. Baillière ; 1838. 862 p.
3. Baleige A, Guernut M. Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies [En ligne]. Implications Philosophiques. 2021 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies/>
4. Organisation des Nations Unies. La Déclaration universelle des droits de l'homme. Paris : Organisation des Nations Unies ; 1948. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
5. Castro-Peraza ME, García-Acosta JM, Delgado N, Perdomo-Hernández AM, Sosa-Alvarez MI, Llabrés-Solé R, et al. Gender Identity: The Human Right of Depathologization [En ligne]. Int J Environ Res Public Health 2019;16(6):978 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/ijerph16060978>
6. Transgender Europe. Guidelines to a human rights-based trans-specific healthcare. Berlin : Transgender Europe ; 2019. 20 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.tgeu.org/files/uploads/2023/12/TGEU-Guidelines-to-Human-Rights-Based-Trans-specific-Healthcare-EN.pdf>
7. Robles R, Keeley JW, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Sharan P, et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures [En ligne]. International Journal of Clinical and Health Psychology 2022;22(1):100281 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100281>
8. Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, Chouchane S, Martin M-J, Robles-García R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study [En ligne]. European Psychiatry 2019;59:8-14 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005>
9. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale [En ligne]. Lancet Psychiatry 2016;3:297-304 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
10. Cabral M, Suess A, Ehrt J, Seehole TJ, Wong J. Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: a human rights perspective [En ligne]. Lancet Psychiatry 2016;3(5):405-6 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30043-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30043-8)
11. Baleige A, Guernut M, Denis F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective [En ligne]. Int J Environ Res Public Health 2022;19(19):11983 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/ijerph191911983>

12. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review [En ligne]. *The Lancet* 2016;388(5):412-36 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X).
13. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 [En ligne]. *Int J Transgend Health* 2022;23:S1-259 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.
14. Scheim AI, Rich AJ, Zubizarreta D, Malik M, Baker KE, Restar AJ, et al. Health status of transgender people globally: A systematic review of research on disease burden and correlates [En ligne]. *PLoS One*. 2024 ;19(3):e0299373 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299373>.
15. Fricker M, Jenkins K. Epistemic Injustice, Ignorance, and Trans Experiences. In: Garry; Khader; & Stone, editor. *Londres : Routledge Companion to Feminist Philosophy* ; 2017. 735 p.
16. Organisation Mondiale de la Santé. Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 1978.
17. Organisation mondiale de la Santé. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all. 2016. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>
18. Cabral Grinspan M, Carpenter M, Ehrh J. The Yogyakarta Principles plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles. Genève : International Commission of Jurists ICJ ; 2018. 88 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
19. International Commission of Jurists. Yogyakarta principles: the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. 2007. Yogyakarta : s.n. ; 2006. 37 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_fr.pdf
20. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) [En ligne]. United Nations Enable. n.d. [Cité le 29 janvier 2019]. Disponible sur : <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-right-s-of-persons-with-disabilities.html>.
21. Serano J. Julia's trans, gender, sexuality, & activism glossary! [En ligne]. 2016 [Cité le 24 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.juliaserano.com/terminology.html>.
22. Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Paris : Inspection générale des Affaires sociales ; 2022. 98 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans>
23. Alessandrini A, Meidani A. Santé des personnes non binaires : de quoi parle-t-on ? [En ligne] *Santé Publique* (Paris). 2023;34(HS2):97-102 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0097>.
24. Baleige A. Cadre d'action de promotion de la santé reproductive : analyse critique lexicométrique et trans des politiques publiques françaises contemporaines [En ligne]. *Santé Publique* (Paris). 2024;36(1):73-80 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.241.0073>.
25. Beaulieu M. Pandémie de COVID-19 : appel à l'engagement des universitaires dans l'espace public [En ligne]. *Santé Publique* (Paris). 2022;33(6):829-33 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.216.0829>.
26. Henrard JC, Arborio S, Fond-Harmant L, Kane H. Santé publique : les réponses aux défis de la pandémie de la COVID-19 [En ligne]. *Santé Publique* (Paris). 2021;33(6):785-8 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.216.0785>.
27. Breton H, Lafitte J. Savoir agir en situation pandémique : vers un agenda de recherche [En ligne]. *Santé Publique* (Paris). 2021;33(6):793-802 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.216.0793>.
28. Skinner SR, McLamore Q, Donaghy O, Stathis S, Moore JK, Nguyen T, et al. Recognizing and responding to misleading trans health research [En ligne]. *Int J Transgend Health*. 2024;25(1):1-9 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2289318>.
29. Organisation mondiale de la Santé. Constitution of the World Health Organization. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 18 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>
30. Cambon L, Castel P, Couteron JP, Ghozi L El, Gerbaud L, Girard V, et al. Passer d'une politique de santé publique à une santé publique politique : proposition du groupe miroir pour un virage paradigmatique [En ligne]. *Santé Publique* (Paris). 2022;34(1):5-8 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.221.0005>.
31. One Health High-Level Expert Panel. The One Health Definition and Principles Developed by OHLEP : Translations. 2023. 5 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/m/item/one-health-definitions-and-principles>
32. Basset B, Daimé P. Les puffs, révélateurs de l'indécision gouvernementale. *Santé Publique* (Paris). 2023;35(5):35-8 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-5-page-35?lang=fr>
33. Vergnes J-N, Azogui S. « Santé Publique Orale » : contexte, enjeux et perspectives [En ligne]. *Santé Publique* (Paris). 2023;35(HS1):9-16 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.hs1.2023.0009>.
34. Gandré C, Moreau D, Coldefy M, Ben Dridi I, Morel S. Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives [En ligne]. *Santé Publique* (Paris). 2022;34(5):613-9 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.225.0613>.
35. Loiry M-M, Deshoulières É. Droits et libertés des personnes transgenres : Guide pratique et modèles d'actes. Paris : 2021. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.dilcrah.gouv.fr/ressources/guide-droits-et-libertes-des-personnes-transgenres>
36. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité des droits. Paris, La documentation française : 2022 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.cncdh.fr/publications/rapport-orientation-sexuelle-identite-de-genre-intersexuation-de-legalite-leffectivite>
37. Haute Autorité de Santé. Parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage. Paris, Haute Autorité de Santé : 2022. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367504/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-note-de-cadrage
38. Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France.

- France : 2009 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france
39. Haute Autorité de Santé. Parcours de transition des personnes transgenres : la HAS prend acte du jugement du tribunal administratif [En ligne]. Paris, Haute Autorité de Santé : 2024 [Cité le 12 avril 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3496953/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-la-has-pren-d-acte-du-jugement-du-tribunal-administratif.
 40. Denis F, Rusch E. Lettre ouverte au président de la République : plaider pour la santé publique [En ligne]. Santé Publique (Paris). 2022;34(2):165-7 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.222.0165>.
 41. Baleige A, Guernut M, Denis F. Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire [En ligne]. Santé Publique (Paris). 2023;34(HS2):197-211 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0197>.
 42. Haute Autorité de Santé. Parcours de transition des personnes transgenres : la HAS dépose un pourvoi en cassation [En ligne]. Paris, Haute Autorité de Santé : 2024 [Cité le 12 avril 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3499903/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-la-has-depose-un-pourvoi-en-cassation.
 43. Collectif. Mineurs transgenres : « Aujourd'hui, la menace d'interdire les transitions médicales et chirurgicales s'intensifie » [En ligne]. Le Monde. 31/03/2024 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/03/31/mineurs-transgenres-aujourd-hui-la-menace-d-interdire-les-transitions-medicales-et-chirurgicales-s-intensifie_6225228_3232.html.
 44. Fernandes M, Heflich A. Stress-testing to promote the resilience of EU policies [En ligne]. Bruxelles, European Parliamentary Research Service : 2023 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_STU\(2023\)734710](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_STU(2023)734710).
 45. Fairclough N. Language and power. 3rd ed. Abingdon, Oxon: Routledge; 2015.
 46. Reisigl M, Wodak R. The Discourse-Historical Approach (DHA). The Routledge handbook of critical discourse studies, Oxford: Routledge; 2017. 637 p.
 47. Organisation des Nations Unies. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 70/1. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development – A/RES/70/1. 2015 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://docs.un.org/A/res/70/1>
 48. Rose D. Survivor-produced knowledge. In: Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D, editors. This is survivor research, Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009:38-43.
 49. Van Leeuwen T. Genre and field in critical discourse analysis: a synopsis analysis: a synopsis. Discourse & Society. 1993;4(2):192-223. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0957926593004002004>
 50. Lupton D. Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness [En ligne]. Aust J Public Health. 1992;16(2):145-50 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1992.tb00043.x>.
 51. Widdowson HG. Discourse analysis: a critical view [En ligne]. Language and Literature: International Journal of Stylistics 1995;4(3):157-72 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/096394709500400301>
 52. Scholz R. Lexicometry: A Quantifying Heuristic for Social Scientists in Discourse Studies [En ligne]. In: Macmillan P, editor. Quantifying Approaches to Discourse for Social Scientists, Suisse : Cham ; 2019 [Cité le 13 février 2025] : 123-53. Disponible sur : https://doi.org/10.1007/978-3-319-97370-8_5.
 53. Reinert M. Système A.L.C.E.S.T.E. : une méthodologie d'analyse des données textuelles présentée à l'aide d'une application. Journées de l'Analyse Des Données Textuelles. Barcelone : 1989.
 54. Camargo BV, Justo AM, Forte T. Iramuteq: R Interface for Multidimensional Analysis of Texts and Questionnaires. 2016. 35 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : http://iramuteq.org/documentation/fichiers/IRaMuTeQ%20Tutorial%20translated%20to%20English_17.03.2016.pdf
 55. Shahabi M. Comparing Three Plagiarism Tools (Ferret, Sherlock, and Turnitin). International Journal of Computational Linguistics 2012;3(1):53-66 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.cscjournals.org/manuscript/Journals/IJCL/Volume3/Issue1/IJCL-33.pdf>
 56. Lane PCR, Lyon CM, Malcolm JA. Demonstration of the Ferret Plagiarism Detector. Proceedings of the Second International Plagiarism Conference. 2006.
 57. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. Genève : UNAIDS ; 2023. 193 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>
 58. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society [En ligne]. The Lancet. 2016;388(10042):390-400 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8).
 59. Hugtho JMW, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions [En ligne]. Soc Sci Med. 2015;147:222-31 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>.
 60. Wikipédia. FPATH. Wikipédia. n.d. [Cité le 14 avril 2024]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/FPATH>.
 61. Reisner S, Keatley JA, Baral S. Transgender community voices: a participatory population perspective [En ligne]. The Lancet. 2016;388(10042):327-30 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30709-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30709-7).
 62. LeBlanc M, Radix A, Sava L, Harris AB, Asquith A, Pardee DJ, et al. "Focus more on what's right instead of what's wrong:" research priorities identified by a sample of transgender and gender diverse community health center patients [En ligne]. BMC Public Health. 2022;22:1741 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14139-z>.
 63. Organisation mondiale de la Santé. Promotion de la santé : Charte d'Ottawa. Ottawa : Organisation mondiale de la Santé – Bureau régional de l'Europe ; 1986. 6 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/349653>
 64. van Dijk TA. Critical Discourse Studies: A Sociocognitive Approach. In: Wodak R, Meyer M, editors. Methods of Critical Discourse Analysis [En ligne]. 2nd ed., Londres : SAGE; 2009:62-86.
 65. Ashley F. « Rapid-Onset Gender Dysphoria » – Un commentaire critique [En ligne]. GLAD!. 2022;13 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.4000/glad.5756>.

L'Article d'introduction 4 [a04] [151] se centre sur la participation à travers une analyse des processus de production du document. Les résultats interrogent également la construction du document *parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage* de la HAS [148] dans son rapport aux savoirs scientifiques. Plus spécifiquement, les stratégies de nomination des personnes TGD apparaissent liées à la structure du document et les variations de proximité avec le rapport de l'IGAS [149] interrogent la mobilisation faite des références. Ces deux éléments ont motivé une poursuite des analyses de leur emploi en contexte.

1.3.2. Stratégies de nomination et prédication

1.3.2.1. Question et objectif de recherche

Le document *parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage* de la HAS [148] vise à normer les politiques publiques, et, en contexte, il participe à la légitimité du travail effectué. L'objectif de cette analyse complémentaire est de décrire les stratégies de nomination – comment sont désignées les personnes, et prédication – comment elles sont qualifiées, par l'analyse est centré sur des microstructures du discours [52].

1.3.2.2. Méthodes

L'analyse des *key words in context* (*kwic* ; mots-clés en contexte) s'appuie sur un pré-traitement et traitement du texte, incluant une lemmatisation – remplacement des mots par leur forme canonique (lemmes, présentés en petites majuscules). Cette étape permet d'identifier et regrouper les mots pertinents pour l'analyse et les présenter en contexte.

Par la suite, les parties du discours (noms et adjectifs) et les accords de genre et de nombre ont été inclus dans l'analyse pour rendre compte de différences d'usage discursif. Par lecture du lexique, les lemmes puis expressions utilisées pour nommer les personnes trans et d'autres enjeux clés de santé trans ont été identifiés. Ils ont été catégorisés hors contexte (stratégies de nomination), puis dans leur contexte lexical immédiat (stratégies de prédication). Dans chaque contexte lexical, un terme de référence qualifiant ou qualifié par l'expression a été identifié, et la paire a été catégorisée par analyse thématique.

Le pré-traitement a été réalisé avec le logiciel Notepad++ v8.6.5, le traitement et analyse des *kwic* avec le logiciel TXM v0.8.2 [152]. Fidèlement aux principes de l'analyse thématique [153], les catégories allient une approche algorithmique – catégories *diagnostic* et *identité*, et

heuristique – à partir des données en contexte et des savoirs existants (voir [154] pour les intrications méthodologiques de l'analyse thématique dans le contexte des productions participatives de savoir).

1.3.2.3. Résultats

Stratégies de nomination de la population cible

L'intégralité du document a été incluse dans l'analyse, à l'exception des références. Sur la base du lexique lemmatisé, 12 expressions (104 occurrences) utilisées pour désigner spécifiquement les personnes trans ont été identifiées : DYSPHORIE DE GENRE (n=5 ; 4.8%), EN QUESTIONNEMENT SUR LEUR IDENTITÉ DE GENRE (n=2 ; 1.9%), "FTM" (n=4 ; 3.8%), INCONGRUENCE DE GENRE (n=4 ; 3.8%), MTF (n=4 ; 3.8%), NON BINAIRE (n=4 ; 3.8%), TRANS (n=30 ; 28.8%), TRANSGENRE (n=20 ; 19.2%), TRANSIDENTITÉ (n=6 ; 5.8%), TRANSSEXUALISME (n=13 ; 12.5%), TRANSSEXUEL (n=3 ; 2.9%), TROUBLE DE L'IDENTITÉ SEXUELLE (n=3 ; 2.9%), TROUBLES DE L'IDENTITÉ DE GENRE (n=1 ; 1.0%), et USAGER (n=5 ; 4.8%). Quand applicable, elles sont utilisées comme des noms communs, à l'exception de NON BINAIRE et TRANSGENRE qui sont employés également comme adjectif, et TRANS qui est toujours employé comme un adjectif : « les diagnostics de la CIM ou du DSM associés au transgenre (sic) », « la prévalence moyenne du transgenre (sic) » [148].

Le document analysé est formalisé en 32 sous-chapitres textuels répartis en 4 sections : « Présentation et périmètre » (n=24 ; 75.0%), « Modalités de réalisation » (n=4 ; 12.5%), « Calendrier prévisionnel des productions » (n=1 ; 3.1%), et « Annexes » (n=3 ; 9.4%). Chaque chapitre contient en médiane 2 (1-4) expressions renvoyant aux personnes trans, à la marge les chapitres sur le statut VIH (n=17, 16.3%) et sur le précédent rapport de la HAS (n=14, 13.5%). La majorité des expressions figure dans la 1^e section (n=83 ; 79.8%), la 2^e section n'emploie que le terme USAGER (n=4 ; 3.8%) et la 3^e section n'en contient aucun.

Quatre groupes de lemmes d'intérêt en santé trans ont été identifiés : *affirmation vs réassignation, transition et dérivés morphologiques, discriminations et transphobie*, et *sexe & genre*. Le document privilégie l'expression RÉASSIGNATION (n=11 ; 73.3%) – incluant le néologisme RÉASSIGNEMENT utilisé dans le contexte de la « détransition » [148] – à AFFIRMATION DE GENRE (n=4 ; 26.7%). Le document comporte 28 occurrences de TRANSITION, dont certaines qualifiées (n=8 ; 28.6%) de : ADMINISTRATIVE (n=1 ; 3.6%), DE GENRE (n=2 ; 7.1%), MÉDICALE (n=3 ; 10.7%), SOCIALE (n=1 ; 3.6%), et SOCIALE, ADMINISTRATIVE, ET MÉDICALE (n=1 ; 3.6%). Parmi ses dérivés morphologiques, deux formes sont identifiées : DÉTRANSITION (n=6), et RETRANSITION (n=1). Le document présente 6 occurrences de

DISCRIMINATION, et TRANSPHOBIE est présent 1 fois au niveau du glossaire sans être employé dans le reste du document. On retrouve une utilisation importante des notions de GENRE (n=24) et SEXE (n=20).

Stratégies de prédication de la population cible

Pour rendre compte de l'emploi des différentes expressions en contexte, une analyse des *kwic* a été réalisée avec identification d'un terme de référence pour chaque occurrence. Chaque paire expression-référence a été catégorisée, de manière algorithmique avec les catégories *identité* et *diagnostic*, et de manière heuristique à partir des données, amenant 2 catégories supplémentaires : *genre*, et *institution*. *Genre* caractérise les expressions se référant spécifiquement à une partie genrée de la population (ex : « femmes trans » [148]) et *institution* celles référant à la place dans le système de santé institutionnel (ex : « usagers du système de santé » [148]). Ces catégories ont permis d'intégrer l'ensemble des données. Les résultats sont présentés dans la Table 1 et mettent en évidence l'existence de règles discursive spécifiques d'emploi.

Table 1. Catégorisation des expressions désignant les personnes trans dans *parcours de transition des personnes transgenres* : note de cadrage de la HAS [148].

Expressions lemmatisées	Diagnostic	Identité	Genre	Institution
<i>n (% expression); singulier/pluriel si catégorisations différentes</i>				
DYSPHORIE DE GENRE	5 (100.0%)	-	-	-
EN QUESTIONNEMENT SUR LEUR IDENTITÉ DE GENRE	-	2 (100.0%)	-	-
FtM	3 (75.0%) ; 0/3	-	1 ^a (25.0%) ; 1/0	-
INCONGRUENCE DE GENRE	4 (100.0%)	-	-	-
MtF	3 (75.0%) ; 0/3	-	1 ^a (25.0%) ; 1/0	-
NON BINAIRE	-	4 (100.0%) ; 2/2	-	-
TRANS	-	16 (53.3%)	14 (46.7%)	-
TRANSGENRE	3 ^b (15.0%) ; 2/1	17 (85.0%) ; 6/11	-	-
TRANSIDENTITÉ	5 (83.3%) ; 5/0	1 (16.7%) ; 0/1 ^c	-	-
TRANSSEXUALISME	13 (100.0%)	-	-	-
TRANSSEXUEL	3 (100.0%)	-	-	-
TROUBLE DE L'IDENTITÉ DE GENRE	1 (100.0%)	-	-	-
TROUBLE DE L'IDENTITÉ SEXUELLE	3 (100.0%) ; 2/1	-	-	-
USAGER	-	-	-	5 (100.0%) ; 1/4
Total (104)	43 (41.3%)	40 (38.5%)	16 (15.4%)	5 (4.8%)

a. FtM & MtF sont présentés dans le glossaire du document comme synonymes rétrospectivement de « homme trans » et « femme trans » ;

b. Ensemble des emplois comme nom commun ;

c. N'apparaît que dans une paraphrase du glossaire.

Pensées hermétiques, les catégories *diagnostic* et *identité* – qui caractérisent 79.8% des expressions – admettent 2 lemmes communs : TRANSGENRE et TRANSIDENTITÉ. Minoritaires, ces doubles catégorisations respectent des règles discursives strictes : TRANSGENRE employé comme un nom est utilisé à valeur diagnostique et à valeur identitaire comme adjectif ; TRANSIDENTITÉ est utilisé à valeur diagnostique au singulier et identitaire au pluriel (1 occurrence dans une citation tronquée du glossaire) :

Une revue systématique a étudié l'effet de la définition des cas '**transgenres**' (sic) sur l'estimation du nombre de **personnes trans** [148] ;

8 952 personnes sont titulaires d'une ALD pour '**transidentité**' (sic) [148] ;

la validation psychiatrique (sic) de la **transidentité** [148] ;

Les demandes d'ALD sont traitées par les services médicaux placés auprès des CPAM sur la base d'un diagnostic de '**transsexualisme**' ou '**transidentité**' (sic) ou '**dysphorie de genre**' établi par le médecin traitant. [148] ;

Désigne le rejet, le mépris ou la haine des personnes ou comportements associés aux **transidentités**, c'est-à-dire associés à un genre perçu comme non conforme. [148] (cité de [155]).

Cette définition issue du glossaire est une version tronquée de la définition introductive du *plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023* :

Enfin, la **transphobie** désigne le rejet, le mépris ou la haine des personnes ou comportements associés aux **transidentités**, c'est-à-dire associés à un genre perçu comme non conforme. Elle se distingue par la prévalence des agressions physiques et des discriminations. Le taux de suicide est 7 fois plus élevé chez les personnes trans que chez l'ensemble de la population française [155].

Elle inclut dans le concept les spécificités des discriminations auxquelles font face les personnes trans. Par ailleurs le plan 2020-2023 présente 11 occurrences de TRANSPHOBIE et 5 de TRANSPHOBE, alors qu'aucune autre n'apparaît dans le document de la HAS. Cette définition tronquée est également présente dans l'introduction d'un article du *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* cité comme référence par la HAS [156].

Le glossaire est également le seul endroit du document où FTM et MTF sont utilisés pour exprimer le genre. Dans tous les autres cas, TRANS est la seule modalité d'expression du genre des personnes trans. De fait, FTM et MTF apparaissent comme une expression possible du genre à valeur diagnostique, et TRANS à valeur identitaire. Ainsi, l'équivalence des termes FTM, MTF, TRANS, et TRANSGENRE présentée dans le glossaire est en incohérence avec leurs emplois dans le reste du document. Enfin, le glossaire contient la seule mention des personnes intersexes sans lien établi avec le reste du texte.

Les expressions AFFIRMATION DE GENRE, RÉASSIGNATION, et RÉASSIGNEMENT sont systématiquement associées aux hormones ou chirurgies. AFFIRMATION DE GENRE est utilisée pour caractériser la prise d'hormones sexuelles (n=1 ; 25.0%) et le recours aux chirurgies (n=3 ; 75.0%), notamment « pelvienne » et « mammaire » [148] (n=2 ; 66.7%). RÉASSIGNATION et RÉASSIGNEMENT – « processus de la réassignation sexuelle hormono-chirurgicale (sic) » dans la demande du ministre [148] et seule application de RÉASSIGNATION aux hormones – sont associés à la chirurgie (n=11, 100.0%), notamment pelvienne (n=2 ; 18.2%) ou mammaire et pelvienne (n=2). À une occasion, les deux termes sont présentés comme interchangeables sans précision : « 4. Chirurgie de réassignation/ affirmation de genre » [148].

L'usage discursif de TRANSITION est analysable en 5 catégories : *accès* (n=2 ; 7.1%), *événements indésirables* (n=2 ; 7.1%), *parcours de santé* (n=22 ; 78.6%), *état civil* (n=1 ; 3.6% ; « la transition administrative porte sur la modification du prénom et/ou de la mention de sexe à l'état civil » [148]), et *vie sociale* (n=1 ; 3.6% ; « la transition sociale est le fait de vivre » [148]). Ses dérivés morphologiques – DÉTRANSITION et RETRANSITION – expriment systématiquement des *événements indésirables* (n=7 ; 100.0%).

DISCRIMINATION est employée à 3 occurrences au singulier associée aux problèmes de santé mentale et au suicide, et à 3 plurielles pour décrire un climat global « rendant compte des discriminations et violences » [148].

Le document ne pose pas de distinction conceptuelle claire entre genre et sexe, l'ensemble a été catégorisé communément et a fait émerger 5 catégories d'emploi : *assignation*, *biologie*, *état civil*, *identité*, et *social* :

- *Assignation* (n=8 ; 17.8%) : « genre de naissance » [148], « genre auquel le mineur ne s'identifie pas » [148], « genre assigné » [148], « sexe qui lui a été assigné » [148], « sexe féminin à la naissance » [148], « sexe masculin assigné à la naissance » [148], « caractéristiques sexuelles à la naissance » [148]. À 2 occurrences, le document utilise également les expressions « natifs hommes » [148] et « natifs femme » [148] où natif est strictement masculin ;
- *Biologie* (n=9 ; 20.0%) : « sexe biologique » (n=2) [148], « sexe chromosomique » [148], « sexe gonadique » [148], « sexe anatomique » [148], « sexe physiologique » [148], « sexe souhaité » [148], ainsi que 2 mentions dans les définitions de l'incongruence de genre [148] et du genre [148] ;
- *État civil* (n= 7 ; 15.6%) : « sexe à l'état civil » (n=3) [148], « sexe revendiqué » (n=3) [148], « modifications administratives de sexe » [148] ;

- *Identité* (n=13 ; 28.9%) : « identité de genre » (n=10), « genre auquel une personne s'identifie » [148], « genre féminin » [148], « genre avec lequel la personne se perçoit » [148] ;
- *Social* (n=8 ; 17.8%) : « genre vécu/exprimé » [148], « genre perçu comme non conforme » [148], « minorité de genre » [148], « genre social » [148], « expérience du genre » [148], « genre avec lequel la personne est perçue en société » [148], « personnes ayant vécu dans l'autre genre » [148], ainsi qu'une définition dans le glossaire [148].

Il ressort de la variété importante des expressions utilisées et du recours *ad nauseum* aux périphrases que SEXE est utilisé pour référer à une *biologie* à portée de vérité et à l'*état civil*, alors que GENRE est utilisé davantage dans les parties du discours portant sur l'*identité* et les aspects *sociaux*. Les deux termes sont interchangeables eut égard à l'*assignation* de naissance, l'aspect biologique restant privilégié (6 vs. 4).

1.3.2.4. Discussion

Cette recherche s'intègre dans l'étude des politiques publiques à partir de l'analyse du langage [53], où une limite centrale reste l'absence de repères normatifs partagés. Le langage est une pratique sociale et porte donc une dimension politique [49,52], ce qui interroge la forte variabilité observée. Contrairement à Wiktionnaire qui, reconnaissant les deux emplois, note que l'usage nominal de TRANSGENRE en français est considéré comme offensant, l'entrée est absente du Trésor de la Langue Française informatisé (TLFi). Ces notes d'usage sont davantage détaillées pour TRANSSEXUEL – Wiktionnaire en donne un usage désuet et pathologisant, invoquant des recommandations du défenseur des droits français – et jurent au regard de l'emploi important qu'en fait la HAS et du caractère daté du TLFi. Étant admis l'importance du langage en santé trans [74,78,85,157], son utilisation offensante dans un document officiel interroge.

L'analyse a plus largement dû faire face à l'imprécision du langage : douze expressions différentes pour référer à la population cible, et un glossaire non utilisé et en contradiction avec le reste du document, ... Face à ces imprécisions normatives et discursives, cette recherche intègre donc comme limite constitutive une réduction importante de l'envergure critique de l'analyse à profit de triangulation [52]. Ce choix méthodologique résulte également de son contexte (voir l'Article d'introduction 4 [a04] [151]) partagé avec le document analysé. Si seuls les résultats de critique immanente ont été considérés dans cette analyse, leur interprétation doit intégrer les deux autres faces de l'approche critique : socio-diagnostique – rendre

apparent le caractère persuasif ou manipulateur des pratiques discursives, et prospective – contribuer à l'amélioration de la communication [52].

Aucune entrée de dictionnaire n'a été trouvée pour RÉASSIGNEMENT, la HAS semble en faire un emploi équivalent à RÉASSIGNATION. RÉASSIGNATION et AFFIRMATION apparaissent interchangeables sans préoccupation pour leurs différences normatives fondamentales : RÉASSIGNATION renvoie à l'assignation de naissance et à sa modification (binaire) par une autorité extérieure – cadre psychopathologique ; AFFIRMATION renvoie au droit humain à l'autodétermination. Ces termes portent donc l'enjeu central du motif de la demande du ministre : la transformation des systèmes de soins d'une approche psychopathologique oppressive et désuète, vers une approche de santé. À l'inverse, la HAS témoigne d'une extrême précision dans l'usage de TRANSITION, différenciant DÉTRANSITION et RETRANSITION – absents du TLFi et synonymes dans Wiktionnaire. Pour autant, la HAS commet une erreur logique en abstrayant la TRANSITION à un parcours de soins, rejetant donc la définition communautaire [69] intégrée dans la définition de la CIM-11 par l'OMS [64,68,125] et motif initial [148,149]. De manière similaire, TRANSIDENTITÉ est employé comme diagnostic, pansement de l'imprécision normative, alors que le terme trouve son origine en rejet du diagnostic, dans l'expression d'une identité [158]. Cet usage témoigne d'un mécanisme de dépolitisation des concepts communautaires pour les rendre inoffensifs face à l'autorité établie, déjà décrit sur le rétablissement en santé mentale [159,160].

Les personnes LGBTQI sont référencées dans la base de données de la HAS comme population spécifique où sont indexés trois documents : cette note de cadrage [148], le précédent rapport [110], et une recommandation en santé publique sur la santé et les vulnérabilités des personnes travailleuses du sexe [161]. Dans ce dernier document, la HAS différencie trois populations : « femmes, hommes, transgenres (sic) », parfois « les personnes transgenres » ou « les transsexuels (sic) ». Il semble construit sur les présupposés erronés [74,157] que les personnes trans ne sont ni des hommes ni des femmes et forment une population homogène au regard de l'enjeu. Dans une autre note de cadrage, parue après l'entrée en application de la CIM-11, la HAS utilise « personnes transsexuelles » [162] pour référer à une loi qui n'emploie pourtant que « personne » (art. 56 de la loi n°2016-1547). SOS transphobie interrogeait largement certaines prises de décision récentes de la HAS [163], notamment l'effacement structurel des personnes trans des indicateurs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [164]. Le nombre important de références aux personnes trans dans les sous-chapitres consacrés au VIH et au précédent rapport témoigne des terrains d'expertise de l'institution. Pour autant, le rasoir de Hanlon ne suffit pas à expliquer les résultats observés dans l'étude.

1.3.3. Utilité tactique des savoirs

1.3.3.1. Question et objectif de recherche

Le document *parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage* de la HAS [148] vise à normer les politiques publiques, et, en contexte, il participe à la légitimité du travail effectué. L'objectif de cette analyse complémentaire est de décrire les stratégies d'argumentation – comment les savoirs et normes sont mobilisées.

1.3.3.2. Méthodes

L'analyse vise à caractériser les références mobilisées par la HAS [148]. Pour chaque référence, décrite sur forme et langue, un sujet a été identifié à partir de son objectif principal, ainsi que des sujets connexes sur la base des objectifs secondaires et des éléments de cadrage et discussion. Les définitions des personnes trans ont été extraites et catégorisées par leur cadre normatif – en distinguant d'abord les cadres pathologiques (notamment psychopathologiques) et communautaires, ainsi que les pays d'origine des données – au regard du classement économique 2024 de la banque mondiale [165]. L'utilité tactique [92] est au cœur des stratégies argumentatives [52]. Leur rôle en contexte a été catégorisé sur la base des occurrences de citation (nombre et source), en limitant au maximum le nombre de catégories.

1.3.3.3. Résultats

Bibliométrie

Le document s'appuie sur 19 références formelles, dont l'année médiane de publication est 2019 (2016-2021). Parmi elles, 6 (31.6%) sont rédigées en français et 13 en anglais. Elles incluent 7 (36,8%) revues systématiques, 1 (5,3%) revue narrative française non-systématique, 7 (36.8%) articles originaux et 4 (21,1%) rapports – dont les rapports de la HAS de 2009 [110] et de l'IGAS [149]. En contexte, il semblerait que les références 5 [74] et 11 [157] du document soient inversées. Enfin, l'éditeur a été incorrectement utilisé à la place du groupe d'auteurices de la référence 3 [166].

Des 7 articles originaux, 2 discutent des politiques publiques [74] ou de la recherche [156] et 5 analysent des données originales provenant : des États-Unis d'Amérique (2 ; 40,0%) [167,168], de France (1 ; 20,0%) [169], et du Royaume-Uni (2 ; 40,0%) [170,171]. L'article français est consacré au dépistage du VIH dans la population trans française ; un article

britannique examine le rôle du soutien social sur les discriminations, les problèmes de santé mentale, et la suicidalité [169] ; les 3 (60.0%) autres [167,170,171] portent sur la « détransition » [148].

À l'exception d'une [157], les revues systématiques ont analysé des données provenant quasi-exclusivement de pays à revenu élevé (Figure 19) – 3 revues incluant des données de Turquie, seule économie à revenu intermédiaire/tranche supérieure. Cette revue [157] interroge directement l'origine géographique dans la production scientifique et mobilise des données provenant de pays à revenu intermédiaire/tranche inférieure. Nous avons choisi de l'exclure partiellement de l'analyse car : la référence semble erronée dans le document (inversion des références 5 et 11) et cet aspect n'est pas utilisé dans l'argumentation de la HAS. Les seules origines explicitement mentionnées par la HAS dans le document sont les États-Unis d'Amérique, la France, et le Royaume-Uni. En excluant [157], 268 (98.9%) points de données des revues systématiques provenaient de pays à revenu élevé. En l'incluant, les données de pays à revenu élevé restent dominantes (350.5 ; 92.5%), face aux revenus intermédiaires/tranche supérieure (16.5 ; 4.4%) ou tranche inférieure (10 ; 2.6%) – 2 (0.5%) études utilisent des données d'origine géographique inconnue.

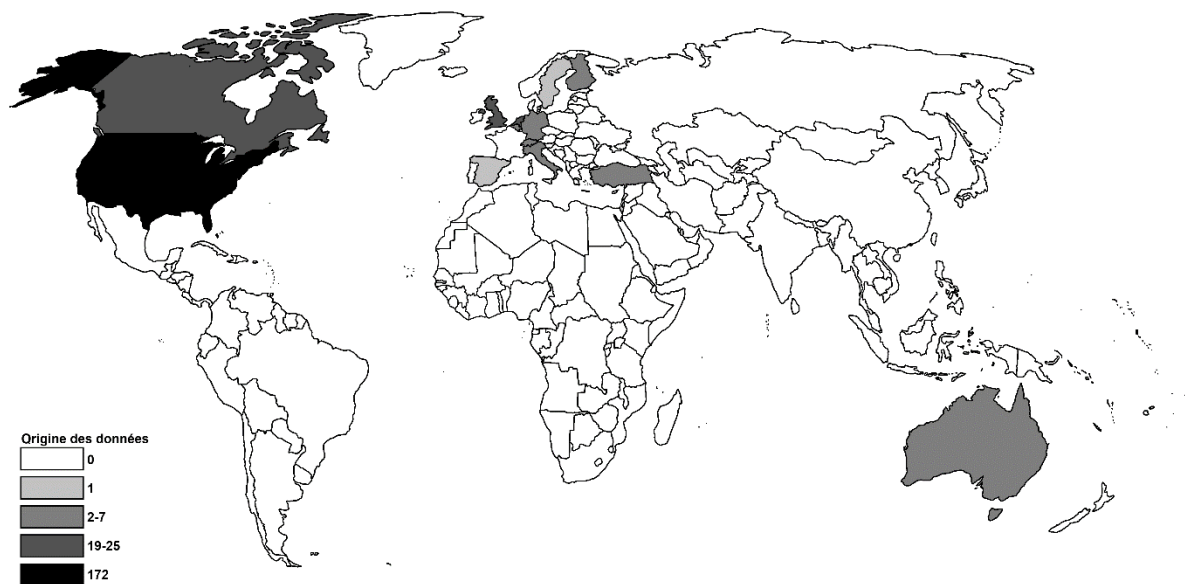


Figure 19. Pays d'origine des données des revues systématiques citées dans *parcours de transition des personnes transgenres* : note de cadrage de la HAS [148], en excluant [157].

Les 19 références mobilisent 5 définitions différentes des personnes trans : la consommation de santé – définie comme le recours à une intervention d'affirmation de genre hormonale ou

chirurgicale suite à un diagnostic psychopathologique ; les diagnostics psychopathologiques (CIM-9, CIM-10, DSM-IV, ou DSM-5) ; l'affection liée à la santé sexuelle (CIM-11) ; l'identité trans dans une perspective binaire ou catégorielle, excluant le spectre de la diversité de genre ; ou l'identité trans incluant la diversité de genre. Pour les revues de littérature, les définitions des études incluses ont été différenciées de celle de la publication elle-même.

Les références mobilisées apparaissent réparties entre celles mobilisant des cadres normatifs pathologiques (n=9 ; 47.4%) et communautaires (n=10 ; 52.6%). Parmi les cadres pathologiques, on retrouve une large prédominance des approches psychopathologiques (n=8 ; 88.9%) au détriment de l'approche développée dans la CIM-11 (n=1 ; 11.1%) motivant la demande initiale du ministre. Les études basées sur la santé communautaire tendent à favoriser une définition inclusive de la diversité de genre (n=7 ; 70.0%). L'ensemble des critères de définition des personnes trans et des cadres normatifs identifiés est présenté dans la Table 2.

Table 2. Caractéristiques des références dans *parcours de transition des personnes transgenres* : note de cadrage de la HAS [148].

Index	Référence	Langue	Type	Pays d'origine des données, n (si revue de la littérature)	Critères de définition des personnes trans	Cadre normatif	Citation(s)
01	Collin 2016 [172]	Anglais	Revue systématique	Belgique, 1 ; Espagne, 1 ; États-Unis d'Amérique, 1 ; Italie, 1 ; Pays-Bas, 2 ; Singapour, 1 ; Suède, 1	Recours aux soins (6 études) ; CIM-9; CIM-10; DSM-IV; DSM-5 (10 études) ; Identité trans binaire (6 études).	Psychopathologie.	1
02	OECD 2019 [173]	Français	Rapport	Pays de l'OCDE ^a	Identité trans via une méthode à une ou trois étapes.	Trans incluant la diversité de genre.	1
03	The GenIUSS Group 2014 [166]	Anglais	Rapport	États-Unis d'Amérique	Identité trans.	Trans incluant la diversité de genre.	1
04	Picard 2022 [149]	Français	Rapport	France	Identité trans.	Trans incluant la diversité de genre.	12
05	Winter 2016 [74]	Anglais	Article original	-	CIM-11.	Affection liée à la santé sexuelle	1
06	Becasen 2019 [174]	Anglais	Revue systématique	États-Unis d'Amérique, 88	Identité trans binaire (85 études) ; CIM-9 (3 études).	Trans excluant la diversité de genre.	1
07	Cazein 2021 [169]	Français	Article original	France	Données de la Déclaration Obligatoire de l'infection à VIH parmi 2 possibilités : FTM ou MTF.	Trans incluant la diversité de genre.	1
08	Adams 2019 [175]	Anglais	Revue systématique	Canada, 7 ; États-Unis d'Amérique, 57	Recours aux soins ; DSM-5; Identité trans.	Trans incluant la diversité de genre.	1
09	Trujillo 2017 [168]	Anglais	Article original	États-Unis d'Amérique	Identité trans.	Trans incluant la diversité de genre.	1
10	Velter 2021 [156]	Français	Article original	France	Identité trans binaire.	Trans excluant la diversité de genre.	1
11	Reisner 2016 [157]	Anglais	Revue systématique	Monde ^b	Identité trans binaire.	Trans excluant la diversité de genre.	1
12	HAS 2009 [110]	Français	Rapport	France	CIM-10.	Psychopathologie.	2
13	Thompson 2022 (1) [176]	Anglais	Revue systématique	Allemagne, 1 ; Australie, 1 ; Belgique, 2 ; Canada, 5 ; États-Unis d'Amérique, 10 ; Finlande, 2 ; Israël, 1 ; Italie, 1 ; Pays-Bas, 10 ; Royaume-Uni, 10 ; Suisse, 1 ; Turquie, 1	DSM-5.	Psychopathologie.	1
14	Mendes 2016 [177]	Français	Revue narrative	-	DSM-5.	Psychopathologie.	1
15	Thrower 2020 [178]	Anglais	Revue systématique	Australie, 2 ; Belgique, 1 ; Canada, 2 ; États-Unis d'Amérique, 8 ; Finlande, 1 ; Pays-Bas, 7 ; Royaume-Uni, 8 ; Turquie, 1	DSM-5.	Psychopathologie.	1
16	Thompson 2022 (2) [179]	Anglais	Revue systématique	Allemagne, 2 ; Australie, 1 ; Belgique, 3 ; Canada, 5 ; États-Unis d'Amérique, 8 ; Finlande, 2 ; Italie, 1 ; Pays-Bas, 6 ; Royaume-Uni, 6 ; Suisse, 1 ; Turquie, 1	DSM-5.	Psychopathologie.	1
17	Hall 2021 [170]	Anglais	Article original	Royaume-Uni	DSM-5.	Psychopathologie.	1
18	Turban 2021 [167]	Anglais	Article original	États-Unis	Identité trans.	Trans incluant la diversité de genre.	1
19	Boyd 2022 [171]	Anglais	Article original	Royaume-Uni	DSM-5.	Psychopathologie.	1

a. Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Colombie, Corée, Costa Rica, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse, et Turquie ;

b. Amérique du nord (Canada, 2 ; États-Unis d'Amérique, 54 ; Mexique, 1) ; Amérique du sud et centrale (Argentine, 3 ; Brésil, 1 ; Paraguay, 1 ; Pérou, 2 ; République dominicaine, 1) ; Asie centrale et du sud (Inde, 4 ; Iran, 3 ; Népal, 1 ; Pakistan, 2) ; Asie du sud-est (Thaïlande, 3 ; Taïwan, 1) ; Europe (Allemagne, 1 ; Belgique, 1 ; Espagne, 1 ; Irlande, 1 ; Italie, 2 ; Pays-Bas, 3 ; Portugal, 1 ; Royaume-Uni, 3 ; Pays-Bas-Belgique-Allemagne-Norvège, 1) ; Océanie (Australie, 3 ; Nouvelle-Zélande, 2) ; Multi-pays (Non spécifié, 1 ; Amérique latine-Caraïbes-Portugal-Espagne, 1 ; Brésil-Equateur-Pérou-Afrique du Sud, 1 ; 19 pays, 1).

Utilité tactique des savoirs

Parmi les 19 références, 6 (31.6%) sont également présentes dans le rapport de l'IGAS [149], et 15 (88.2%) contiennent du contenu pertinent par ailleurs (Table 3). À l'exception des rapports de la HAS (2 citations) [110] et de l'IGAS (12 citations) [149], chaque référence fait l'objet d'une citation unique dans le document (Table 2 ; n=17 ; 89.5%). Le document présente également une liste de travaux de référence dans sa section 1.2.3., parmi lesquels 8 (57.1%) recommandations provenant de sociétés savantes anglophones, 3 (21.4%) revues systématiques supplémentaires, et 3 documents institutionnels français – dont les 2 rapports de la HAS [110] et de l'IGAS [149] cités. Aucun (0.0%) document produit par les communautés n'est présent. Ces éléments ont motivé une analyse de l'utilisation des références en contexte.

Les citations uniques ont été codées en contexte suivant deux critères binaires : l'expression de la certitude (n=8 ; 47.1%) et l'existence de données (n=11 ; 64.7%). Ces critères ont permis de caractériser l'ensemble des 17 références (Table 3).

La majorité des références est utilisée pour exprimer l'incertitude (n=6 ; 75.0%) ou le manque de données (n=7 ; 63.6%). Parmi les 11 liées aux données, l'ensemble des 7 (100.0%) argumentant le manque de données ne figure pas dans le rapport de l'IGAS [149] et est original au travail de la HAS [148]. Les références abordent 3 thèmes principaux : la taille de la population cible – où toutes (n=4 ; 100.0%) sont mobilisées pour argumenter l'incertitude ; les besoins de santé – où la santé mentale est le seul domaine présenté à la fois avec l'expression de la certitude et de la présence de données ; et les « détransitions » [148] – où toutes (n=3 ; 100.0%) argumentent le manque de données.

Le sujet pour lequel sont mobilisées les références uniques semble organiser leurs cadres normatifs : toutes (n=7 ; 100.0%) les références de besoin de santé des adultes s'appuient sur des cadres non-psychopathologiques, à l'inverse toutes (n=3 ; 100.0%) concernant les jeunes sont psychopathologiques ; la taille de la population mobilise autant (n=2 ; 50.0%) de cadres psychopathologiques que communautaires, mais seules les références psychopathologiques (n=2 ; 50.0%) sont utilisées pour décrire l'existant ; les « détransitions » [148] mobilisent une prédominance (n=2 ; 66.7%) de cadres psychopathologiques et les éléments communautaires ne sont pas repris.

Table 3. Usage des citations uniques en contexte dans *parcours de transition des personnes transgenres* : note de cadrage de la HAS [148].

Index	Référence	Citée dans [149]?	Sous-chapitre	Citée pour exprimer	Sujets connexes	Sous-chapitres potentiels	Sujet
01	Collin 2016 [172]	Oui	1.2.2.1. (taille population trans)	Incertitude ; Données	Impact des différentes définitions sur l'évaluation de la taille de la communauté trans	1.2.1. (définitions)	Taille de la communauté trans
02	OECD 2019 [173]	Oui	1.2.2.1. (taille population trans)	Incertitude	Taille de la communauté trans ; Discriminations et violences	1.2.2.1. (taille population trans) ; 1.2.2.4. (vulnérabilités)	Taille de la communauté trans
03	The GenIUSS Group 2014 [166]	Non	1.2.2.1. (taille population trans)	Incertitude	Impact des différentes définitions sur l'évaluation de la taille de la communauté trans	1.2.1. (définitions)	Taille de la communauté trans
05	Winter 2016 [74]	Non	1.2.2.4. (introduction)	Manque de données	Besoins de santé globaux (dont VIH et santé mentale) ; Définition de la communauté trans ; Discriminations et violences ; Psychopathologisation	1.2.1. (définitions); 1.2.2.4. (introduction); 1.2.2.4. (VIH) ; 1.2.2.4. (santé mentale) ; 1.2.2.4. (vulnérabilités)	Besoins de santé
06	Becasen 2019 [174]	Non	1.2.2.4. (VIH)	Incertitude	Usage de produits ; Facteurs contextuels	1.2.2.4. (introduction); 1.2.2.4. (vulnérabilités)	Besoins de santé (VIH)
07	Cazein 2021 [169]	Oui	1.2.2.4. (VIH)	Données	Facteurs contextuels	1.2.2.4. (vulnérabilités)	Besoins de santé (VIH)
08	Adams 2019 [175]	Oui	1.2.2.4. (santé mentale)	Données	Facteurs contextuels	1.2.2.4. (vulnérabilités)	Besoins de santé (santé mentale)
09	Trujillo 2017 [168]	Oui	1.2.2.4. (santé mentale)	Données	Facteurs contextuels	1.2.2.4. (vulnérabilités)	Besoins de santé (santé mentale)
10	Velter 2021 [156]	Non	1.2.2.4. (vulnérabilités)	Manque de données	Discriminations et violences en France	1.2.2.4. (vulnérabilités)	Besoins de santé (discriminations et violences en France)
11	Reisner 2016 [157][157]	Non	1.2.2.4. (vulnérabilités)	Certitude	Besoins de santé globaux détaillés ; Définition de la communauté trans ; Discriminations et violences ; Approche de santé publique	1.2.1. (définitions); 1.2.2.4. (introduction); 1.2.2.4. (VIH) ; 1.2.2.4. (santé mentale) ; 1.2.2.4. (vulnérabilités)	Besoins de santé
13	Thompson 2022 (1) [176]	Non	1.2.4.1. (mineurs, prévalence)	Incertitude	-	-	Taille de la communauté des jeunes trans
14	Mendes 2016 [177]	Oui	1.2.4.1. (mineurs, troubles associés)	Certitude	Taille de la communauté des jeunes trans ; Données sur la neurodiversité en contexte	1.2.4.1. (mineurs, prévalence) ; 1.2.4.1. (mineurs, troubles associés)	Besoins de santé (santé mentale)
15	Thrower 2020 [178]	Non	1.2.4.1. (mineurs, troubles associés)	Manque de données	Absence d'outil validé ou de preuves robustes pour la neurodiversité trans-	1.2.4.1. (mineurs, troubles associés)	Besoins de santé (neurodiversité et santé mentale)
16	Thompson 2022 (2) [179]	Non	1.2.4.1. (mineurs, troubles associés)	Incertitude ; Manque de données	-	-	Besoins de santé (santé mentale)
17	Hall 2021 [170]	Non	Annexe 3 (détransitions)	Manque de données	Données réelles sur l'entrée et la sortie des parcours de santé	1.2.4. (état des lieux)	Détransitions
18	Turban 2021 [167]	Non	Annexe 3 (détransitions)	Manque de données	Discussion sur l'inutilité des concepts de <i>transition</i> et <i>détransition</i>	1.2.4. (état des lieux)	Détransitions
19	Boyd 2022 [171]	Non	Annexe 3 (détransitions)	Manque de données	Données réelles sur l'entrée et la sortie des parcours de santé	1.2.4. (état des lieux)	Détransitions

1.3.3.4. Discussion

Là encore, la difficulté centrale de l'analyse a été l'imprécision dans l'emploi des normes bibliographiques : trois références erronées, effacement des marques de citation, ... Si les incohérences observées apparaissent comme le résultat direct de la construction du document observée dans l'Article d'introduction 4 [a04] [151], on observe plusieurs tendances transversales.

D'abord, l'abstraction complète des déterminants de santé, des discriminations et des violences, au profit de problèmes de santé mentale. Le risque de suicide vie entière est mis en avant alors que la référence citée le contextualise dans ses limites à rendre compte de la situation spécifiques des personnes trans [175]. Cette forte distance entre discours et références est retrouvée à de nombreux endroits du document : l'absence d'outil validé d'évaluation de la neurodiversité chez les personnes trans n'est pas reprise dans un paragraphe qui argumente une importante morbidité [178], le concept de détransition n'est pas discuté alors que c'est la focale d'une des trois références citées – qui va jusqu'à mettre le terme entre guillemets dans son titre [167]. De plus, comme pour le travail du sexe [161], le genre n'est pas un angle mobilisé par la HAS dans le discours et les personnes trans sont conceptualisées comme un groupe uniforme et agendre, en contradiction totale avec les études sur le sujet [78,157,165]. Enfin, l'interchangeabilité et l'imprécision de certains termes contrastent avec la prédominance accordée à la psychopathologisation, surtout des jeunes. L'analyse ne permet pas en l'état de distinguer la mobilisation que la HAS fait des références scientifiques d'une pratique de *cherry picking*.

Au-delà de son contenu, le document choque également par ses absences. Bien que largement présente dans les références, la santé communautaire est absente, appuyée par l'absence de reprise des définitions communautaires. Les références sont sélectionnées pour leur place argumentative, principalement au service de la psychopathologisation et de l'autorité médicale argumentées comme réponse à l'incertitude et au manque de données. Jamais le document n'aborde les limites de ces approches, pourtant qualifiées de traitements inhumains voire de torture [27]. De même, alors que la demande initiale s'appuie sur la CIM-11 et repose sur 6 études de terrain [68], aucune et aucun travail de l'OMS n'est repris. La HAS argumente le manque de données françaises, mais n'utilise pas l'étude française de la CIM-11 financée par la Direction Générale de la Santé [64].

Au-delà de leur utilisation stratégique, les données sont restreintes à quelques pays occidentaux et n'intègrent jamais de ressources issues des communautés, malgré leur intérêt scientifique

reconnu [154,157]. Les demandes d'informations sur la méthodologie ou les choix opérés sont restées sans réponse. Il est vraisemblable que ces absences résultent pour partie des procédés de l'institution et de l'importance disproportionnée qu'elle accorde à l'expertise professionnelle cis mise en évidence dans l'Article d'introduction 4 [a04] [151].

À la lecture des résultats, il apparaît surprenant que l'institution soit mise à mal publiquement au regard de sa proximité avec les communautés trans. Clairement, la structure du document ne porte aucune marque d'une prise en compte des enjeux trans : absence de définition communautaire, absence de mention des droits humains, absence de contribution scientifique communautaire, vocabulaire inadapté voire offensant, prédominance de la psychopathologisation, minimisation du contexte social, ... Au contraire, ce document apparaît structuré sur une expertise dont les cadres normatifs prédatent ou s'opposent à la constitution de l'OMS [1] et aux droits humains [20]. Bien qu'elle semble refléter un processus de consensus d'autorités institutionnelles, en l'état cette note de cadrage ne s'inclut pas dans le paysage scientifique contemporain [21,28,29,43,5. Aussi, cette analyse continue d'interroger le caractère scientifique et la capacité de l'institution à produire des politiques de santé pour les populations vulnérables.

1.4. Objectifs de recherche

L'évolution des *sciences normales* [88] dans le domaine médical depuis le début du XIX^e siècle a participé au développement et à l'exécution de pratiques eugénistes à une échelle massive. À la suite des tribunaux de Nuremberg, de nouvelles définitions incluses dans des cadres normatifs nouveaux ont été érigées au niveau international dans un objectif de transformations de sciences alors extraordinaires comme nouvelles sciences normales. La santé est passée d'un concept universaliste catégoriel à un spectre individuel et les droits humains se sont développés comme normes indépassables. Ces transformations ont été intégrées dans le cadre normatif de la santé publique, approche transdisciplinaire visant à la promotion de la santé des personnes à une échelle populationnelle.

Les personnes TGD forment une population placée systématiquement en situation de vulnérabilité, pour partie parce que, malgré ses prétentions, ce nouveau cadre épistémique n'est pas construit de manière inclusive à l'ensemble de l'humanité. Cette population regroupe un ensemble large de communautés, reliées à leurs contextes socio-culturels et aux conditions d'existence dans lesquels nos systèmes sociaux placent ces personnes. La santé trans est un champ de recherche et pratique inter-transdisciplinaire visant à promouvoir la santé des personnes TGD dans ce contexte de faiblesse épistémique et d'oppression systémique.

En France – et plus largement dans la majorité du monde – les politiques de santé à destination des personnes TGD n'ont pas inclus ces transformations normatives. La faiblesse politique et l'incomplétude des cadres participent à les placer dans une situation de vulnérabilité politique où les décisions sont encore prises sans leur pleine participation. Les nosographies biomédicales, constitutives des cadres de recherche, s'adaptent davantage au gré de ces enjeux politiques, que des évolutions scientifiques et de l'inclusion des savoirs communautaires subjugués dans le discours scientifique dominant. Elles sont également le terrain d'affrontement entre disciplines où se répercutent les enjeux de pouvoir sociaux.

La controverse et l'incertitude sont utilisées non pas comme des points de départ de nouvelles démarches épistémiques ou politiques, mais comme des justifications d'une absence d'évolution et un maintien des rapports de pouvoir préexistants. Au service de ces enjeux, les savoirs communautaires sont subjugués et les personnes TGD sont privées de leur statut d'être humain possédant des droits fondamentaux et inaliénables.

L'Article d'introduction 1 [a01] [112] illustre l'évolution des nosographies biomédicales au gré des rapports de force entre disciplines universitaires et des résolutions politiques de rapports de pouvoir.

L'Article d'introduction 2 [a02] [64] rend compte de l'abstraction des enjeux de transformation normative au service des évolutions nosographiques et des freins à la normalisation de sciences extraordinaires.

L'Article d'introduction 3 [a03] [142] met en évidence comment ces évolutions nosographiques imparfaites peuvent malgré leur incomplétude participer à la transformation concrète des systèmes de santé.

L'Article d'introduction 4 [a04] [151] expose des dynamiques politiques et institutionnels qui s'opposent directement ou freinent l'amélioration des systèmes de santé et reproduisent à différentes échelles les enjeux de pouvoir disciplinaire, institutionnel, et politique.

Ce travail de recherche vise à participer à l'intégration d'actuelles productions scientifiques extraordinaires comme sciences normales [88] en ciblant spécifiquement des zones d'ombre créées par les interactions des enjeux de pouvoir avec la production scientifique à l'échelle des politiques de santé.

Suite à leur dépsychopathologisation, l'objectif de recherche est de contribuer aux approches de santé publique pour promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers

Si l'incertitude et la controverse forment les bases d'une homéostasie de systèmes oppressifs, ce travail vise à interroger les liens qu'entretiennent le savoir avec la production scientifique, politiques de santé, et les personnes TGD directement concernées. Plus spécifiquement, il vise à participer à interroger la prise de décision, la subjugation des savoirs, et la reproduction des injustices sociales au niveau épistémique. Cette modélisation et les publications scientifiques dans des revues à comité de lecture issues de ce travail sont présentées en Figure 20.

Ce travail s'appuie également sur d'autres champs de recherche transdisciplinaires, notamment les études trans, les études queers, les *survivor research*, ou l'analyse critique du discours, et vise à participer au développement des études trans en santé via la construction d'une approche trans trans-transdisciplinaire.

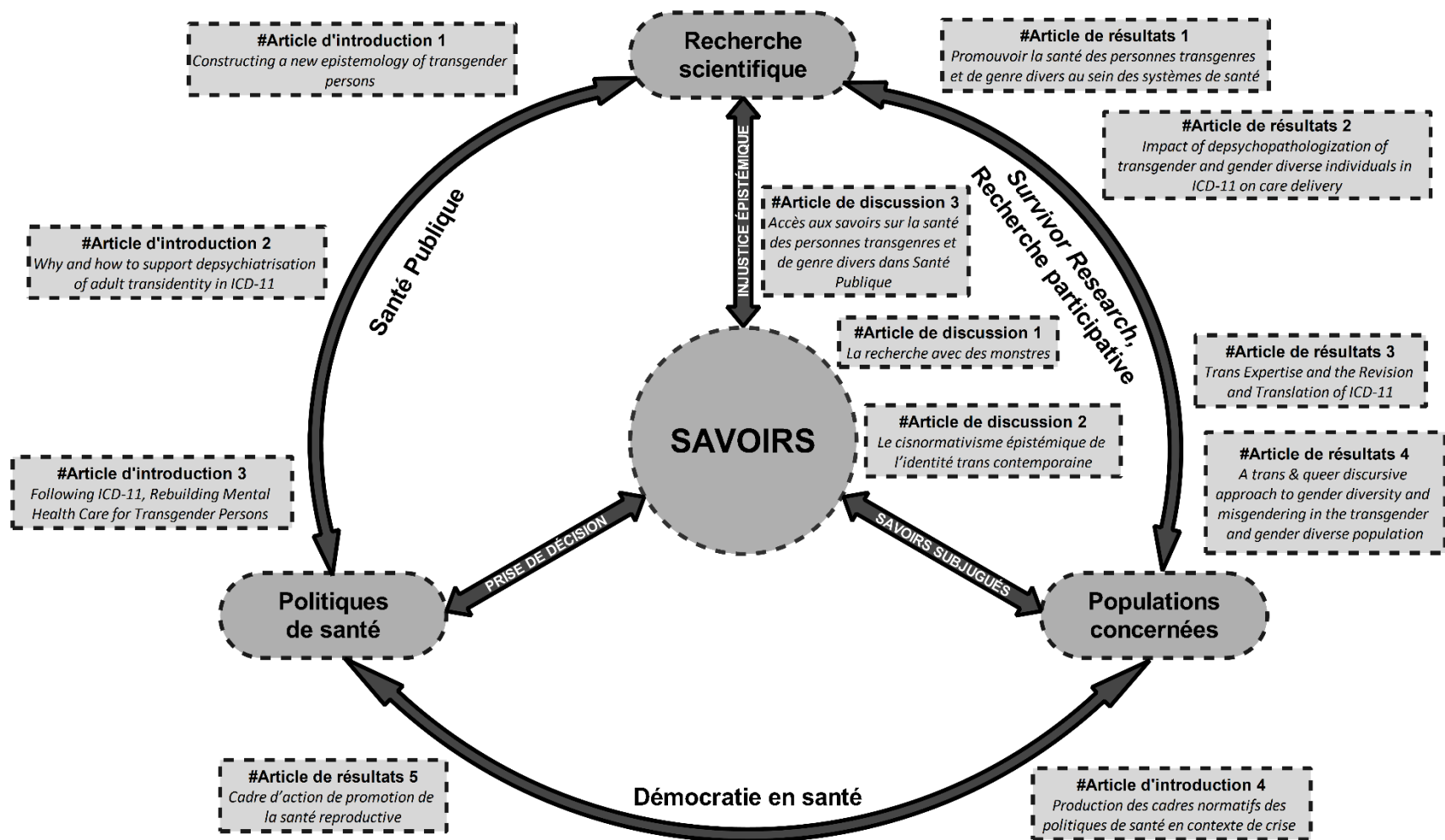


Figure 20. Modélisation des communications scientifiques au regard des enjeux épistémiques identifiés.

Les questions de recherche spécifiquement abordées sont :

- L'intégration des savoirs communautaires subjugués dans la production et la communication scientifiques dominantes :
 - L'Article de résultats 1 [a05] [154] a pour objectif de produire une synthèse des connaissances, pour la promotion de la santé des personnes TGD et la transformation des systèmes, à partir des savoirs subjugués érudits ;
 - L'Article de résultats 2 [a06] [180] participe à la formalisation de savoirs d'expériences de personnes TGD usagères des systèmes de santé contemporains. Il s'appuie sur l'hypothèse qu'une approche d'études trans participe à la production de données à haut niveau de preuve avec de meilleures validités écologique et épistémique. Il s'intègre également dans une approche de réappropriation épistémique des évolutions nosographiques de la CIM-11.
- Les biais systémiques de la production scientifique dominante :
 - L'Article de résultats 3 [a07] [181] explore les dynamiques de pouvoir dans les recherches participatives et les biais systémiques de reproduction des hiérarchies à travers l'étude spécifique des contributions uniques des personnes TGD ayant participé au développement de la CIM-11, également dans une approche de réappropriation épistémique de ces évolutions nosographiques ;
 - L'Article de résultats 4 [a08] [182] vise à rendre compte de la reproduction d'injustices sociales au niveau épistémique en questionnant l'actualité et la pertinence des paradigmes de la recherche biomédicale normale. Pour cela, il s'intéresse à la prise en compte de la non-binarité de genre dans l'échantillon des personnes TGD ayant participé à l'étude française pour le développement de la CIM-11 et participe aussi à une réappropriation épistémique des évolutions nosographiques de la CIM-11 au prisme de la binarité de genre.
- La reproduction et le maintien des discriminations sociales et pratiques eugénistes dans les politiques publiques de santé :
 - L'Article de résultat 5 [a09] [160] analyse les politiques publiques de santé françaises contemporaines sur la santé reproductive et s'intéresse spécifiquement à la situation des personnes TGD et à la cohérence avec le cadre normatif de référence.

2. MATÉRIELS & MÉTHODES

Ce travail de production de production épistémique scientifique universitaire a été conceptualisé au regard des cadres normatifs (1.1. Définitions et cadres normatifs, p.3) de la santé (1.1.1. La santé, p.3) et de conceptualisation biomédicale des personnes TGD (1.1.2. La transitude, p.24), de leurs évolutions (1.2. Évolution des cadres biomédicaux, p.37), et de leur mobilisation dans les politiques publiques de santé (1.3. Cadrage contemporain des politiques de santé en France, p.90).

La méthodologie est d'abord située au regard des cadres de recherche ainsi définis (2.1. Cadres de recherche, p.134), structurés en trois niveaux :

- Les cadres épistémiques dans lesquels sont produits les savoirs (2.1.1. Cadres épistémiques, p.134) ;
- Les cadres éthiques dans lesquels ces productions sont instanciées (2.1.2. Cadres éthiques, p.136) ;
- Le contexte dans lequel les recherches sont effectuées (2.1.3. Contexte de recherche, p.137).

Les méthodes de recherche sont ensuite présentées au regard des matériels mobilisés :

- Savoirs subjugués érudits issus des milieux communautaires (2.2. Méthodologie de l'Article de résultats 1, p.138) ;
- Données de recherche scientifique issus des travaux français pour la CIM-11 (2.3. Méthodologie des Articles de résultats 2,3,4, p.143) ;
- Politiques publiques françaises de santé (2.4. Méthodologie de l'Article de résultats 5, p.151).

2.1. Cadres de recherche

Ces travaux de recherche en santé publique ont fait l'objet de communications scientifiques sur différents supports, constituant des discours épistémiques. À ce titre, ils ont été produits dans un contexte en interaction avec des cadres idéologiques. Cette partie détaille les composantes des processus de production.

2.1.1. Cadres épistémiques

Le cadre de recherche s'est construit aux regards de différents cadres normatifs à portée épistémique mobilisés.

D'abord, le cadre des droits humains tel que défini depuis la *déclaration universelle des droits de l'Homme* de 1948 [20]. Ce cadre est constitutif de toute production scientifique s'inscrivant dans la *déclaration d'Helsinki* de 1975 [4], révisée en 2008. Il prévoit notamment que la santé est un droit humain fondamental et que les systèmes de santé doivent être construits sur la base du consentement libre et éclairé des personnes. Son instanciation au regard des droits des personnes TGD utilisée est celle des *principes de Jogjakarta* [30] et des *principes de Jogjakarta plus 10* [31]. Il est également un des cadres structurant la recherche et la pratique en santé publique.

Ces travaux sont des travaux de santé publique et s'inscrivent dans le cadre d'une production universitaire. La santé publique est mobilisée comme champ transdisciplinaire de recherche et pratique où les disciplines universitaires sont mobilisées au service de ses fonctions essentielles [35], et *in fine* au service du droit de chaque personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible [7]. À ce titre, d'autres champs transdisciplinaires connexes ont été mobilisés, inscrivant ces travaux dans une approche inter-transdisciplinaire.

Les modélisations des discours et de leurs interactions avec leurs contexte et cadre idéologique issus de l'*analyse critique du discours* ont été régulièrement mobilisés, au regard de leur pertinence dans la recherche sur les politiques publiques [53], des outils méthodologiques qu'ils mettent à disposition [51,52], et de leur capacité pour la production scientifique d'exercer un regard méta sur ses propres effets. Les méthodes d'*analyse critique du discours* ont été conjuguées à des approches basées sur la *linguistique de corpus* qui permet le traitement outillé de larges volumes de textes. L'approche lexicométrique [183,184] a été privilégiée au regard de sa pertinence en santé des personnes TGD où les termes sont associés à une forte valeur

performative [72,85], la scientificité de ces discours dans un contexte d'apparentes incertitude et controverse scientifique [148], et leur applicabilité pratique. La conjugaison des approches de *linguistique de corpus* et d'*analyse critique du discours* font l'objet de travaux de recherche contemporains dans lesquels ces travaux s'inscrivent pour partie.

Ce regard réflexif sur la performativité et l'interprétation des discours scientifiques en contexte participe à la dimension politique inhérente à tout travail scientifique. Ces travaux s'inscrivent dans l'agenda politique international des Nations Unies [44], avec une volonté d'effectivité des droits humains pour toutes, notamment les personnes TGD qui sont leur focale[185]. Il s'agit de travaux construits, dirigés, et communiqués par une personne TGD directement concernée, dont le choix a été de s'inscrire dans le champ transdisciplinaire des *survivor research* [9]. Ce cadre normatif est apparu pertinent au regard des conditions de production, des normes éthiques ainsi mobilisées, et du caractère structurel et transversal des oppressions systémiques psychopathologisantes et des biais de production scientifique qu'elles entraînent. Des concepts – issus des études *queer*, des études trans, et de ma propre compétence de médecin psychiatre, chercheuse en santé mentale, et sexologue – ont été mobilisés pour compléter le cadre défini au sein de la santé mentale psychiatrique. Ces recherches portent donc une dimension participative au niveau épistémique par les impacts que cette appartenance aux groupes produits dans le cadrage, l'éthique de recherche, et la validité supérieure de leurs résultats [9,186]. Ce cadre a été vulgarisé par la première autrice dans un article de revue professionnelle [v09] [41] :

La recherche par les survivant·es est une traduction littérale de l'anglais *survivor research* - mouvement de recherche actif depuis plus de 30 ans qui tire son origine dans le mouvement des survivants de la psychiatrie, pour les droits des personnes fol·les et inscrit dans la lignée des droits humains. Face aux oppressions systémiques, les personnes avec des compétences de recherche se sont organisées pour produire, au sein de ces communautés et souvent sans moyen, leurs propres recherches, développant ainsi leurs propres normes éthiques, méthodologies et cadres épistémiques. Ces recherches, qui restent encore marginalisées et peu financées, ont acquis une forte légitimité par la qualité des productions scientifiques et de leur impact. Elles sont aussi entrées en résonnance avec d'autres initiatives similaires, notamment féministes et dans les communautés non-blanches. J'ai choisi de construire mes travaux de recherche dans ce mouvement, d'abord parce qu'en plus d'être trans je suis également folle, ensuite parce que produire des recherches trans dans ce cadre renvoie directement à notre psychopathologisation encore actuelle, et enfin parce que le statut de survivant·es a aujourd'hui dépassé les frontières de la santé mentale et a notamment été repris par les Nations Unies pour qualifier les personnes enfermées dans les institutions médico-sociales. Dans le climat politique occidental contemporain, nul doute que le qualificatif de survivant·e *queer* serait également pertinent [41].

2.1.2. Cadres éthiques

L'éthique peut être définie comme une pratique réflexive sur les principes guidant nos actions. Dans le cadre de ces travaux, cette réflexion a abouti deux grands principes : sur la production épistémique scientifique universitaire – qui a fait l'objet d'une communication orale au colloque *recherches participatives en santé et bien-être des populations : défis et pratiques* organisé par l'institut pour la recherche en santé publique à Paris les 09-10 mars 2022 [cn03] [187], et sur le rapport à la gouvernance du système de santé – présenté aux journées d'étude interdisciplinaires *éthique, confiance, santé* à l'université de Tours les 07-08 novembre 2024 [cn05] [188].

L'objectif de ces productions scientifiques a été la production de discours portant des savoirs érudits non-subjugés [92]. Le processus épistémique a été la levée de subjugation de savoirs existants et pris des formes différentes au regard des matériels considérés :

- L'Article de résultats 1 [a05] [154] vise une levée de subjugation de savoirs subjugués érudits déjà formalisés par une revue systématique de la littérature adaptée à des productions épistémiques produites par des associations de personnes TGD de terrain. Ce choix a été guidé par des revues de la littérature scientifique qui ont pointé cet espace de savoirs comme source future solide à intégrer et motivé par des faiblesses des productions épistémiques scientifiques existantes [77,78] ;
- L'Article de résultats 2 [a06] [180] formalise des savoirs subjugués naïfs déjà collectés dans une recherche menée avec l'OMS et portant spécifiquement sur le processus de la CIM-11. L'enjeu éthique était double : ne pas participer à la collecte de nouveaux savoirs subjugués naïfs pour prévenir leur appropriation épistémique et l'écartement inévitable des communautés qui les ont produits, et analyser des savoirs subjugués naïfs existants, collectés dans le cadre de recherche, et ignorés par l'équipe de recherche initiale. En cela, il s'inscrit à la fois dans une approche de réappropriation des savoirs et modifications nosographiques réalisés sur des communautés sans leur participation, et dans une arsenalisation politique de l'ignorance au niveau des processus de recherche.
- Cette double inscription a été la ligne directrice des Articles de résultats 3 et 4 [a07 & a08] [181,182]. Ils visent à interroger des productions épistémiques, au regard du choix implicite des normes de recherche, dans un contexte de scientification des droits humains. Le choix des normes mobilisées s'est appuyé sur des travaux issus des études *queer* et

des études trans, dans une perspective de *survivor research*, notamment la normativité de genre. L'Article de résultats 3 [a07] [181] aborde plus spécifiquement le cisgenrisme et la transnormativité ; l'Article de résultats 4 [a08] [182] le bigenrisme et l'hétéronormativité. La reproduction de normes sociales dominantes dans les méthodologies de recherche participe à une arsenalisation politique de la production scientifique ;

- La dimension politique a été davantage mobilisée dans l'Article de résultats 5 [a09] [160] où l'angle critique est développé au regard des politiques publiques françaises de santé existantes. Le sujet de la parentalité a été choisi au regard des pratiques eugénistes de la France à l'égard des personnes TGD, encadrées légalement jusqu'en 2017, et la recherche a cherché un angle effectif en proposant un regard construit depuis la pratique des professions de santé du domaine.

Ces recherches s'inscrivent dans la finalité scientifique de transformation sociale, conduisant à la mise en exergue des communications et de la publication scientifique en accès libre.

2.1.3. Contexte de recherche

L'ensemble des travaux de recherche présenté dans ce mémoire a été réalisé dans le cadre d'un doctorat de santé publique au sein du laboratoire *Éducation Éthique Santé* EA7505 de l'Université de Tours et vise à l'obtention du diplôme de docteur en santé publique. Ils ont fait l'objet de douze publications scientifiques dans des revues à comité de lecture et de multiples communications orales et affichées à des congrès internationaux et nationaux, et colloques et journées d'étude.

Ces travaux ont été réalisés à mi-temps sur une période de quatre années universitaires depuis mars 2021, sans financement extérieur – hors ceux liés aux frais de publication scientifique en accès libre de cinq articles – par une personne transféminine et folle, médecin psychiatre et sexologue, ayant une expérience antérieure de production scientifique en santé mentale.

Ce contexte a entraîné des conséquences directes au regard des possibilités pratiques de collecte et d'accès aux données et a participé à un développement de la technicité des recherches, dans la lignée des *survivor research*. Il a aussi impacté la stratégie de communication et publication, en privilégiant notamment la revue *Santé Publique* où la publication en accès libre est gratuite. Par ailleurs, ce travail de recherche s'est inscrit dans un climat politique délétère et de violences pour les personnes TGD et leurs droits en France et dans le monde.

2.2. Méthodologie de l'Article de résultats 1

L'Article de résultats 1 [a05] *promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé* [154] est une revue systématique de la littérature par analyse thématique de savoirs subjugués érudits à partir de productions scientifiques et de terrain d'associations de personnes TGD.

2.2.1. Collecte des données

En l'absence de base de données de référence, l'analyse a porté sur les ressources mises à disposition électroniquement par une liste préétablie d'associations de terrain (Table 4).

L'intégralité des documents mis à disposition a fait l'objet d'un traitement en quatre étapes pour leur inclusion :

- Identification des documents parmi l'ensemble des ressources à disposition ;
- Sélection préalable à la lecture intégrale ;
- Lecture intégrale et sélection sur la base des critères d'inclusion ;
- Évaluation de la qualité des documents pour inclusion.

Les critères d'inclusion étaient :

- Documents rédigés en français ou en anglais ;
- Dans leur dernière version ;
- En contexte occidental, pays à haut revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure - basé sur le classement de la *Banque Mondiale* de 2020 [189] ;
- Portant sur l'organisation des systèmes de santé, n'ont pas été inclus les documents portant uniquement sur : accès à l'emploi, réformes juridiques, engagements politiques ou discriminations économiques ;
- Formalisés de manière à permettre une évaluation de leur qualité.

L'évaluation de la qualité a été réalisée sur la base de la *Quality Checklist for Evaluation Reports* [190], adaptée dans le cas de guides pratiques.

L'ensemble des étapes a été réalisé par deux chercheuses en parallèle avec résolution des différences par obtention d'un consensus parfait.

Table 4. Liste et contact des associations de personnes TGD consultées pour l'Article de résultats 1 "Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire" [154].

Associations	Territoires d'intervention	Contacts
Transgender Europe (TGEU)	Europe et Asie centrale	https://tgeu.org/
European region of the International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA-Europe)	Europe	https://www.ilga-europe.org/
Acceptess-T	France (Paris)	https://www.acceptess-t.com/
Association Nationale Transgenre (ANT)	France	https://ant-france.eu/
Chrysalide	France (Lyon)	https://chrysalide-asso.fr/
Clar-T	France (Toulouse)	https://www.helloasso.com/associations/clar-t
C'est Pas Mon Genre	France (Lille)	https://www.cestpasmongenre.com/
Divergenre	France (Amiens)	http://divergenre.fr/
En-Trans	France (Lille)	https://en-trans.fr/
Espace Santé Trans' (EST)	France (Paris)	https://espacesantetrans.fr/
Ouest Trans	France (Rennes)	https://ouesttrans.wixsite.com/ouesttrans
OUTrans	France	https://outrans.org/
Réseau de Santé Trans (ReST)	France (Bretagne)	https://reseausantetrans.fr/
RITA	France (Grenoble)	https://rita.poivron.org/
T-Time	France (Marseille)	https://www.t-time.net/
Trans 3.0	France (Bordeaux)	http://asso-wakeup.org/index.php/partenaires/associations-collectifs/trans-3-0/
TRANS INTER action	France (Nantes)	https://trans-inter-action.fr/
Trans Posé-e-s	France (Tours)	https://transposées.eu/start

2.2.2. Interventions & analyses

2.2.2.1. Constitution des corpora

Deux corpora ont été constitués à partir des documents sélectionnés répondant aux trois premiers critères d'éligibilité non-inclus d'une part, ainsi que les documents inclus d'autre part. Ils ont fait l'objet d'évaluations bibliométriques portant sur la langue, le champ disciplinaire des auteurs, la

thématique principale, le public concerné, l'année de publication et le respect des critères de l'évaluation de la qualité. Cette étape vise à situer les documents inclus au sein d'une littérature plus large et ne répondant pas nécessairement au formalisme nécessaire à l'évaluation de sa qualité. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R v3.4.4 [154].

2.2.2.2. Analyse thématique

L'analyse thématique comprend deux étapes successives : décontextualisation et recontextualisation. L'étape de décontextualisation conjugue deux approches : algorithmique et heuristique.

Dans l'étape de contextualisation, les données ont d'abord été classées en données de premier ordre représentant des citations directes de personnes TGD, et de second ordre pour les interprétations faites dans les documents – également par des personnes TGD.

L'approche algorithmique applique au corpus une série de codes préétablis. Ont été utilisés :

- Le niveau de recours au regard de l'organisation de la santé communautaire (Figure 11) ;
- Les personnes concernées ;
- L'identification des données comme frein ou levier à la santé des personnes TGD.

L'approche heuristique fait émaner de nouveaux codes des données à partir de la lecture du corpus et du dialogue entre chercheuses.

« Afin de s'assurer de la reproductibilité, les dix premiers pourcents des données ont fait l'objet d'extraction et de codage en commun, ainsi qu'un autre échantillon identique choisi aléatoirement » [154].

Le choix a été fait pour l'étape de recontextualisation de ne pas s'appuyer sur des analyses outillées afin de ne pas reproduire des biais inhérents à ces pratiques, les logiciels n'étant pas entraînés à analyser en routine ce type de données. Plutôt, les analyses se sont appuyées sur une analyse en réseau des co-occurrences des codes, visualisée avec le logiciel Cytoscape v3.9.0. « Basé sur la théorie des graphes, ce logiciel permet l'analyse et la visualisation de réseaux complexes » [154]. Sur cette base, les codes ont été regroupés en thèmes abstraits, puis ont été modélisés.

2.2.2.3. Analyses ancillaires

L'impact des résultats de l'Article de résultats 1 [a05] [154] au regard du modèle d'organisation des soins basé sur le consentement libre et éclairé [133] a fait l'objet d'une communication orale au 94^e congrès international du *European General Practice Network* des 12-15 mai 2022 à Istanbul, Turquie [ci04] [191].

L'organisation basée sur la santé primaire et les résultats de l'étude ont également fait l'objet de communications affichées au 27^e congrès de la *World Organization of Family Doctors* du 28 juin au 01 juillet 2022 à Londres, Royaume-Uni [pi06 & pi07] [192,193].

Des analyses ancillaires ont été réalisées sur trois thèmes liés à la vulnérabilité des populations TGD : la santé mentale, la santé reproductive, et la santé sexuelle. Elles ont fait l'objet de communications dans des congrès et production universitaire.

Santé mentale

Une deuxième analyse a été réalisée sur l'enjeu spécifique de l'accès aux services de santé mentale par les personnes TGD. Elle s'inscrivait comme suite de l'Article d'introduction 3 [a03] [142] et a fait l'objet d'une communication affichée au 13^e congrès français de psychiatrie du 01-04 décembre 2021 à Montpellier, France.

La méthodologie était similaire à celle de l'Article de résultats 1 [a05] [154], avec les différences suivantes :

- La question de recherche portait sur les freins et leviers d'accès aux services de santé mentale existant ;
- Les bases de données ont été modifiées dans un objectif de favoriser la communication professionnelle et se sont portées sur celles mises à disposition par le *European region of the International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association* et de l'*American psychological association* à laquelle renvoyait spécifiquement la précédente.

Ces divergences contextuelles ont fait l'objet d'un mémoire universitaire pour l'obtention du diplôme universitaire de santé sexuelle & droits humains de l'Université de Paris [m01] [194] et dont le résumé, les résultats, et la discussion sont reproduites dans le chapitre 3. RÉSULTATS, p.152.

Santé sexuelle & santé reproductive

Ces thèmes ont été choisis parce que la santé sexuelle est la source de financement principale des recherches spécialisées pour la santé des personnes TGD, et la santé reproductive répond à des enjeux éthiques et normatifs contemporains, notamment au regard de la stérilisation systématique des personnes TGD en France jusqu'en 2017 et de l'absence actuelle de protection du droit à la famille.

L'analyse de ces thèmes portait sur un corpus identique à celui de l'Article de résultats 1 [a05] [154] et ne divergeaient que par leurs questions de recherche :

- L'étude sur la santé reproductive a porté sur l'ensemble de l'accès aux services et soins de santé reproductive courants ou spécialisés ;
- L'étude sur la santé sexuelle s'est centrée sur l'accès à la prévention et au traitement des infections sexuellement transmissibles par les personnes TGD.

Elles ont fait l'objet de communications affichées au 23^e congrès international de la *European Society for Sexual Medicine* [pi04 & pi05] [195,196], avec publication des résumés [r02 & r03] [197,198] dans la revue *Journal of Sexual Medicine*.

2.3. Méthodologie des Articles de résultats 2,3,4

L'Article de résultats 2 [a06] *impact of depsychopathologization of transgender and gender diverse individuals in ICD-11 on care delivery: looking at trans expertise through a trans lens* est une analyse qualitative des données émanant de personnes TGD usagères des systèmes de santé qui vise à synthétiser des recommandations de transformations des systèmes de santé en faveur de la santé des personnes TGD.

L'Article de résultats 3 [a07] *trans expertise & the revision and translation of ICD-11: an analysis of available French data from a trans perspective* s'intéresse aux enjeux de pouvoir et aux biais dans la recherche participative. L'analyse se centre sur les termes employés pour nommer les diagnostics pathologisant les personnes TGD en contexte francophone au prisme de l'utilité clinique revendiquée par la CIM-11.

L'Article de résultats 4 [a08] *a trans & queer discursive approach to gender diversity and misgendering in the transgender and gender diverse population: queering a study for ICD-11* poursuit l'approche de l'article précédent au regard du bigenrisme et propose une analyse discursive comme outil d'identification des personnes non-binaires dans un échantillon.

2.3.1. Étude française pour la CIM-11 & base de données

Ces trois articles s'appuient sur des données collectées dans le cadre de l'étude française pour la CIM-11 (sur laquelle est basée l'Article d'introduction 2 [a02] [64]) et jusqu'alors inexploitées. Ils s'incluent dans une approche de réappropriation épistémique des savoirs par des personnes concernées.

L'accès aux données a été rendu possible grâce à une convention de recherche avec le *centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation de l'établissement public de santé mentale Lille-métropole*, centre hospitalier spécialisé public promoteur de l'étude.

L'étude initiale avait reçu un financement de la *direction générale de la santé* et une participation de la *Maison Dispersée de Santé* de Lille pour sa mise en route.

L'étude initiale a compris 72 entretiens semi-directifs avec administration de deux questionnaires :

- Le premier traduit depuis la première étude mexicaine [66] et adapté en contexte français ;
- Le deuxième, original à l'étude française, comprenait des questions additionnelles construite sur la base d'un processus participatif de mise en place de la recherche réalisé avec les associations locales de personnes TGD partenaires et portait sur des éléments discursifs : termes à employer pour le diagnostic, pour le genrage des personnes participantes, et propositions d'améliorations du système de santé français.

Ces trois articles tirent parti des données issues du deuxième questionnaire mises en relation avec le premier.

Le protocole de l'étude était conforme à la *déclaration d'Helsinki* de 1975 [4], révisée en 2008 et aux *good clinical research practice guidelines* de l'OMS [199]. L'étude avait été approuvée par le *comité de protection des personnes Nord-Ouest IV* (CPP 16 15, approuvé le 18 mai 2016), le *comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé* (2015-A01911-48, approuvé le 19 novembre 2015), et la *commission nationale de l'informatique et des libertés* (1990372v0, approuvé le 13 septembre 2016).

Les personnes participantes donnaient leur consentement écrit à participer, éclairé sur la base d'une information individuelle.

2.3.2. Méthodologie de l'Article de résultats 2

2.3.2.1. Données utilisées dans l'Article de résultats 2

L'objectif principal de cette étude portait sur l'analyses de données issues de deux questions du questionnaire additionnel :

- Avez-vous des propositions à faire pour améliorer l'information, le soutien, ou les soins apportés aux personnes en changement de genre ?
- Avez-vous des propositions à faire pour que les professionnels de santé puissent mieux répondre aux besoins aux personnes en changement de genre ?

Ces questions étaient ouvertes et les réponses non-obligatoires à l'inclusion dans l'étude.

Un corpus a été construit pour chaque question contenant l'ensemble des réponses correspondant. Les réponses de chaque personne participante ont été annotées à partir de données issues du premier questionnaire :

- Assignation de naissance (femme/homme/intersexe) ;
- Genre (femme/femme transgenre/genderqueer/homme/homme transgenre/intersexe), ces données ont fait l'objet de deux analyses parallèles :
 - o Set 1 : 3 catégories : femme (femme & femme transgenre), homme (homme & homme transgenre), genre divers (genderqueer & intersexe) ;
 - o Set 2 : 3 catégories : femme (femme), homme (homme), genre divers (femme transgenre, genderqueer, homme transgenre, intersexe) ;
- Recours au système de santé dans le cadre de la transition :
 - o Soutien psychologique(oui/non) ;
 - o Traitement hormonal(oui/non) ;
 - o Chirurgie(oui/non) ;
- Délai de recours au système de santé suite à une détresse psychologique lors de la période où l'incongruence de genre, la détresse, ou la dysfonction devenait importante, collectée sur la base de trois questions :
 - o Avez-vous ressenti une détresse psychologique liée à votre identité de genre ? (oui/non) ;
 - o Avez-vous recherché des soins de santé mentale spécialisés pour faire face à cela ? (oui/non/NA) ;
 - o Avez-vous reçu ces soins ? (oui/non/NA) ;
- Recours tout au long de la vie :
 - o Soutien psychologique(oui/non) ;
 - o Traitement hormonal(oui/non) ;
 - o Chirurgie(oui/non) ;
 - o Autre(oui/non).

Au total, deux sets de deux corpora ont été constitués et se différenciaient dans leur catégorisation de la binarité de genre.

2.3.2.2. Interventions & analyses de l'Article de résultats 2

Des analyses descriptives des variables annotées ont été réalisées avec le logiciel R v4.2.0.

Les réponses aux questions ouvertes ont fait l'objet d'un pré-traitement avec le logiciel Notepad++ v8.3.3 afin d'organiser les corpora et effectuer des modifications de forme nécessaires à l'analyse outillée (regroupement des syntagmes, remplacement des abréviations, homogénéisation de l'orthographe, ...).

Les corpora pré-traités ont fait l'objet d'analyses lexicales par méthode A.L.C.E.S.T.E. [200] avec le logiciel iRaMuTeQ v0.7alpha2 [201] pour R v3.1.2. Pour chaque paire, les deux corpora ont été regroupés. L'analyse comprend trois étapes de traitement :

- Lemmatisation – remplacement des mots par leur forme canonique, les lemmes (présentés en petites majuscules) appuyée sur une identification en parties du discours ;
- Segmentation en unités de contexte élémentaires – permettant l'analyse des lemmes en contexte immédiat ;
- Segmentation des unités de contexte élémentaires pour l'analyse.

L'analyse construit ensuite une classification hiérarchique descendante par itération de comparaisons de segments par test du chi carré vs le reste du texte. Une double analyse est menée en parallèle avec une variation des tailles de segmentation pour s'assurer de la stabilité des classes. Une fois le nombre désiré de classes atteint ou la portion du corpus incluse trop faible, l'analyse aboutit à une classification des lemmes, hiérarchisée et descendante. Elle permet également l'étude de la distribution de variables descriptives annotées.

Devant la forte homogénéité lexicale des réponses, deux classifications successives ont été réalisées : la première incluant 92.9% des corpora, la deuxième 76.5%.

2.3.3. Méthodologie de l'Article de résultats 3

2.3.3.1. Données utilisées dans l'Article de résultats 3

Cette étude portait sur une analyse critique des contributions des personnes participantes dans le choix du nom du diagnostic de pathologisation des personnes TGD dans la CIM-11. Elle comportait deux volets parallèles :

- Une analyse des propositions per personnes participantes ;
- Une analyse du processus de traduction de la CIM-11 de l'anglais vers le français.

La lecture critique était nourrie des résultats de ces deux analyses.

Pour le premier volet, les données provenaient de quatre questions successives issues du questionnaire additionnel :

- L'OMS propose de designer le changement de genre par le terme anglais "gender incongruence". Si vous deviez le traduire en français, comment-le traduiriez-vous ?
 - o 7 modalités proposées : Incongruence du genre, Incongruence de genre, Non congruence du genre, Non congruence de genre, Genre et incongruence, Genre incongru, Autre (réponse ouverte) ;
- Est-ce que cette expression vous paraît pertinente pour vous designer et designer les personnes en transition ? (question ouverte) ;
- Pourquoi ? (question ouverte) ;
- Avez-vous des idées sur la meilleure manière de designer le changement de genre ? (question ouverte).

Des analyses descriptives ont porté sur des variables issues du questionnaire principal : âge, statut relationnel et familial, statut économique, éducation, âge du premier accès aux soins pour une transition, genre.

Le deuxième volet de l'étude a porté sur les versions finales de la CIM-11 en français et en anglais des diagnostics HA60 (adolescence et adulte) & HA61 (enfance) et leur catégorie parent *incongruence de genre*.

2.3.3.2. Interventions & analyses de l'Article de résultats 3

Les analyses descriptives des variables ont été réalisées avec le logiciel R v4.2.0.

Le premier volet de l'analyse a fait l'objet d'une analyse par décontextualisation heuristique, laissant les catégories émerger des données. Les résultats avaient déjà fait l'objet d'une approche algorithmique morphologique dans la publication initiale de l'Article d'introduction 2 [a02] [64].

Pour le deuxième volet de l'analyse, les descriptions officielles anglaise ont fait l'objet d'une traduction vers le français qui s'est appuyée sur des techniques de référence [202]. Contrairement aux standards de la recherche biomédicale [203], le choix a été fait de privilégier deux traductions parallèles en contexte plutôt qu'une rétro-traduction dans une but d'amélioration de la qualité et de réduction des biais inhérents à la rétro-traduction [202]. Cette approche s'éloigne d'une vision des langues comme miroir parfait et privilégie la validité dans le contexte socio-culturel. La traduction a été réalisée par des locutrices natives du français en contexte francophone de France continentale, et s'est appuyée sur des connaissances académiques linguistiques, expérientielles des personnes TGD et du processus de la CIM-11 et de sa traduction.

L'analyse critique s'est nourrie des points communs et différence des résultats des deux volets, informée du processus de collecte de l'étude initiale et du processus de traduction utilisé pour la version française de la CIM-11 et communiqué par ailleurs [204], en lien avec l'équipe responsable du *centre collaborateur de l'OMS pour la famille des classifications internationales*.

2.3.4. Méthodologie de l'Article de résultats 4

2.3.4.1. Données utilisées dans l'Article de résultats 4

L'objectif principal de cette étude était d'observer les différences de catégorisation non-binaires du genre au regard des variables analysées. La publication initiale avait identifié 3 personnes non-binaires, exclues des analyses faute de volume. L'Article de résultats 2 [a06] [64] a porté ce nombre à 6 ou 15 suivant la catégorisation de la seule variable *genre*. Ici, l'objectif était d'analyser des données discursives rendant compte de l'emploi que les personnes participantes faisaient de leur propre genrage en contexte.

Les données ont été extraites des réponses au questionnaire additionnelle pour les questions ouvertes suivantes :

- Lors de votre transition, quel(s) mots utilisiez-vous le plus pour vous désigner ? ;
- Lors de votre transition, quel(s) mots étaient le(s) plus employé par les professionnels de santé pour vous désigner ? ;
- Lors de votre transition, quel(s) mots étaient le(s) plus employé par les membres de votre famille ou vos amis pour vous désigner ? ;
- Lors de votre transition, quel(s) mots étaient le(s) plus employé par les autres pour vous désigner ? ;
- Parmi ces mots, lequel ou lesquels vous semble le(s) plus approprié(s) pour vous désigner et désigner les personnes en transition ?.

Des données supplémentaires contextuelles ont été extraites du questionnaire principal et portaient sur :

- Avez-vous demandé à être considérée comme une personne d'un autre genre ? (oui/non) ;
- Avez-vous demandé à être considérée comme une personne d'un autre genre dans votre famille ou vos amis ? (oui/non) ;
- Avez-vous subi des violences en raison de votre identité de genre ? (oui/non) ;
- Qui en était à l'origine ? (réponses famille ou amis, groupées et cotées oui/non) ;
- Par qui êtes-vous attiré sexuellement ? (aucun/femme/homme/les deux/autre (ouverte))

2.3.4.2. Interventions & analyses de l'Article de résultats 4

L'analyse principale a porté sur l'identification discursive du mégenrage avec une méthodologie originale faite de méthodologie de référence :

- Les réponses aux cinq questions ont été catégorisées sur la base d'une triple catégorisation : féminin, masculin, neutre (voir [205,206] pour l'utilisation des expressions neutres en français) ;
- Les termes péjoratifs et injures ont été exclus et catégorisés ;
- Les genres des termes employés par la personne et appropriés ont été groupés et ont servi de référence pour l'analyse.

Le mégenrage a été identifié en cas de non-inclusion des genres des termes employés par les professionnel·les de santé/la famille et les ami·es/les autres, dans les genres de référence pour chaque personne participante.

Les résultats ont été analysés sur la base d'une analyse des co-occurrences avec le logiciel Cytoscape v3.9.1.

Pour les analyses secondaires, les personnes participantes ont été groupées au regard des variables contextuelles et des tests du chi carré ont été effectués sur la base des hypothèses suivantes :

- Le mégenrage individuel n'est pas spécifique d'un groupe ;
- Demander à être genrer différemment a un impact sur le mégenrage ;
- Le mégenrage est une forme d'agression liée à l'expérience individuelle de rejet ou violence ;
- Le mégenrage est indépendant de l'orientation sexuelle (l'orientation sexuelle a été catégorisée en deux groupes : acceptée (hétéro- et homosexualités) ; marginalisée.

L'hétérosexualité et l'homosexualité ont été groupées sur la base d'une expérience commune d'acceptation sociale et de validation législative, et sur leur dépendance du mégenrage.

Des analyses descriptives des variables contextuelles ont été réalisées avec le logiciel R v4.2.2.

2.4. Méthodologie de l'Article de résultats 5

L'article de résultats 5 [a09] *cadre d'action de promotion de la santé reproductive : analyse critique lexicométrique et trans des politiques publiques françaises contemporaines* [160] propose une analyse critique outillée lexicométrique des politiques publiques de santé reproductive en France, dans le contexte d'une stérilisation systématique des personnes TGD effective jusqu'en 2017 et d'une absence de protection du droit à la famille encore actuelle.

2.4.1. Collecte des données

L'ensemble des documents français relatifs à la stratégie actuelle de santé reproductive ont été inclus sur la base des documents publiés par le ministère de la santé :

- *Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* [207] ;
- *Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024* [208] ;
- *Les 1000 premiers jours : là où tout commence* [209].

L'analyse critique a été effectuée au regard des *principes de Jogjakarta* (principe 24) et de la *charte nationale de soutien à la parentalité* [210] promut par le ministère de la santé.

2.4.2. Interventions & analyses

L'angle critique a été réduit à des fins d'acceptabilité et de communication et a fait l'objet de la discussion de l'article au regard des normes mobilisées.

À cette fin, une analyse lexicométrique des *kwic* (*key words in context*, mots-clés en contexte) a été réalisée pour rendre compte de la variété d'usage des expressions discursives. Elle s'appuie sur une étape de lemmatisation qui permet d'isoler des lemmes, c'est-à-dire la forme canonique des mots, libérés des accords de genre ou de nombre. L'analyse a porté sur les lemmes connexes aux personnes trans (TRANS, TRANSGENRE, TRANSIDENTITE, TRANSPARENTALITE, TRANSPHOBIE, TRANSSEXUEL, TRANSSEXUALISME, INCONGRUENCE, DYSPHORIE, IDENTITE, GENRE) et la catégorisation de leur usage discursif. Les doublons liés à la forme des documents (tableaux synthétiques, sommaires, ...) ont été exclus [160].

3. RÉSULTATS

L'intégralité des résultats a fait l'objet de communications scientifiques. Elles sont présentées au regard de la modélisation des objectifs de recherche en trois parties :

- L'intégration des savoirs communautaires subjugués dans la production et la communication scientifiques dominantes. Cette partie s'intéresse à la levée de subjugation de savoirs subjugués :
 - Savoirs subjugués érudits pour l'Article de résultats 1 [a05] [154]. Cet article rend compte d'une étude comportait plusieurs résultats ancillaires, dont les méthodologies sont présentées en chapitre 2.2.2.3. Analyses ancillaires, p.141 :
 - Communication affichée des résultats de l'étude [pi06] [193] ;
 - Communication affichée de discussion de l'impact en santé primaire au regard du modèle du consentement libre et éclairé [pi07] [192] ;
 - Communication affichée et résumé, résultats, et discussion de mémoire universitaire sur l'accès aux services de santé mentale [pn01 & m01] [194,211] ;
 - Communication affichée sur l'accès à la santé reproductive [pi04] [196] ;
 - Communication affichée sur l'accès à la prévention et au traitement des infections sexuellement transmissibles en santé sexuelle [pi05] [195] ;
 - Savoirs subjugués naïfs pour l'Article de résultats 2 [a06] [180] ;
- Les biais systémiques de la production scientifique dominante :
 - Enjeux épistémiques, politiques, et nosographiques dans la production scientifique participative pour l'Article de résultats 3 [a07] [181] ;
 - Reproduction de normes sociales (bigenrisme) dans les méthodologies de recherche scientifique pour l'Article de résultats 4 [a08] [182] ;
- La reproduction et le maintien des discriminations sociales et pratiques eugénistes dans les politiques publiques de santé :
 - Analyse critique des politiques de santé reproductive française contemporaine présentée dans l'Article de résultats 5 [a09] [160].

3.1. Formalisation des savoirs communautaires

Communication affichée sur l'article de résultats 1

[pi06] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Promoting Access of Transgender and Gender Diverse People to Primary Care: A systematic review of activist literature. Poster session presented at: 27th WONCA Europe Conference, 2022 Jun 28 - Jul 1; London, United Kingdom.

Promoting Access of Transgender and Gender Diverse People to Primary Care:
A systematic review of activist literature

Anna BALEIGE, Mathilde GUERNUT, Frédéric DENIS

*27th World Organization of Family Doctors Europe Conference,
2022 Jun 28 - Jul 1, London, United Kingdom.*

Promoting Access of Transgender and Gender Diverse People to Primary Care

A systematic review of activist literature

Baleige A¹, Guernut M², Denis F^{1,3}

¹EA 7505 Éducation Éthique Santé - Tours University, Tours, France;

²UMR 8163 Savoirs Textes Langage - Lille University - CNRS, Lille, France;

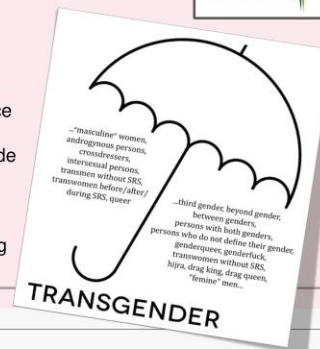
³Faculty of Dentistry - Nantes University, Nantes, France



Discrimination appears as a central factor, as lack of training of professionals...

Systemic discriminations against transgender and gender diverse individuals impact access to information and services, quality of service received, as well as training and research. These elements appear all the more important as people evolve outside the norms of heterosexual gender binarity, i.e. non-heterosexual orientation or gender diverse identity.

Transgender organizations have a high level of expertise on identifying ecologically valid problems and solutions.

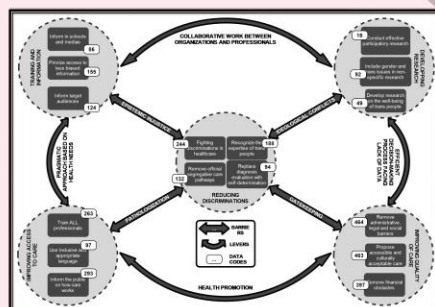
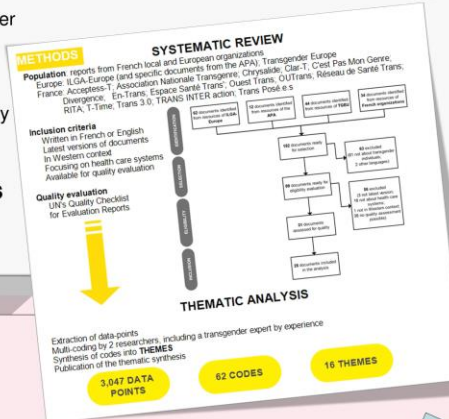


BACKGROUND

The visibility and number of the transgender and gender diverse population is increasing. They present transdisciplinary needs and face systemic barriers to accessing care.

Primary care is promoted as a new organizational entry point for care. Yet, a significant number of individuals report poor experiences and avoid seeking help.

What are ecological barriers and levers of access to primary health care for trans people?



We conducted a systematic review of activist literature from Europe...

...and modeled the impacts of discriminations on primary care

The image above shows a modelization of the impact of discriminations on access to primary care, based on data codes and a network analysis of co-occurrences of data codes

We are now working on specific data extractions for main health challenges: STDs, procreation, addictions, ... And advocating for public health reform based on health promotion strategies from experiential and field knowledge

Tours University
Baleige Anna, MD
(She/Her, They/Them)
PhD Student • EA7505 EES
2 boulevard Tonnellé
37044 Tours Cédex 9
FRANCE

Université de Tours
Baleige Anna, MD
(Elle, lui)
Doctorante • EA7505 EES
2 boulevard Tonnellé
37044 Tours Cédex 9
FRANCE

baleige.a@gmail.com
<https://cv.archives-ouvertes.fr/anna-baleige>
<https://www.researchgate.net/profile/Anna-Baleige>



Communication affichée sur le consentement libre et éclairé

[pi07] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Meeting Health Needs of Transgender and Gender Diverse People in Primary Care based on Free and Informed Consent. Poster session presented at: 27th WONCA Europe Conference, 2022 Jun 28 - Jul 1; London, United Kingdom.

Meeting Health Needs of Transgender and Gender Diverse People in Primary Care
based on Free and Informed Consent

Anna BALEIGE, Mathilde GUERNUT, Frédéric DENIS

*27th World Organization of Family Doctors Europe Conference,
2022 Jun 28 - Jul 1, London, United Kingdom.*

Meeting Health Needs of Transgender and Gender Diverse People in Primary Care based on Free and Informed Consent

Baleige A¹, Guernut M², Denis F^{1,3}

¹EA 7505 Éducation Éthique Santé - Tours University, Tours, France;

²UMR 8163 Savoirs Textes Langage - Lille University - CNRS, Lille, France;

³Faculty of Dentistry - Nantes University, Nantes, France



Support self-determination and human rights!

Public health-based approaches share an epistemic proximity to arguments from the activist world, unlike specialized approaches, particularly in mental health, which lack ecological validity. Concrete examples of successful implementation also tend to reinforce this practical validity.

Conceptualizing trans people as a population at risk for systemic risks appears a better solution than hyperspecialized approaches based on diagnostic and prognostic assessment.

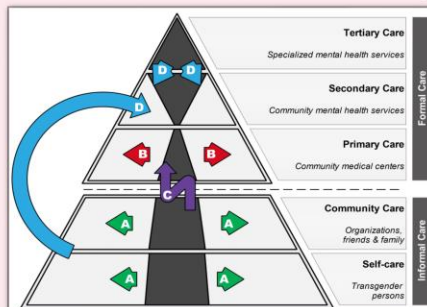
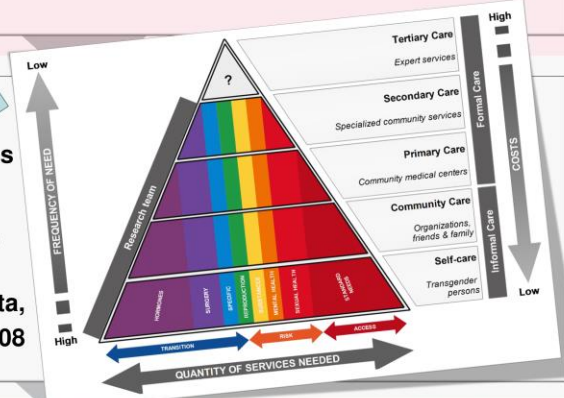
Thus, transforming health care services towards primary care does not mean shifting tasks, but rather putting forward new practices and a new medical and paramedical stance in the service of self-determination and human rights.

Literature reviews and consensus support a public health approach based on trans people health needs

(this means understanding that trans healthcare is more than medical transition)



For activist data, see ePOSTER P10-008



FIELD DYNAMICS

Transgender and gender diverse individuals represent a heterogeneous and growing population. Unmet needs, epistemic changes and political activism are leading to a transformation of care delivery. The free and informed consent model based on primary care is widely promoted. General practitioners remain insufficiently trained and informed about trans issues.

The image above shows a modelization of current dynamics in innovative field practices to integrate trans healthcare in primary care based on the community care model, WHO & Wonca

We need to build shared knowledge between consumers and professionals to face epistemic inconsistencies.
We are advocating for public health reform based on health promotion strategies from experiential and field knowledge.

Tours University
Baleige Anna, MD
(She/Her, They/Them)
PhD Student • EA7505 EES
2 boulevard Tonnellé
37044 Tours Cédex 9
FRANCE

Université de Tours
Baleige Anna, MD
(Elle, lui)
Doctorante • EA7505 EES
2 boulevard Tonnellé
37044 Tours Cédex 9
FRANCE

baleige.a@gmail.com
<https://cv.archives-ouvertes.fr/anna-baleige>
<https://www.researchgate.net/profile/Anna-Baleige>



université de TOURS

Article de résultats 1

[a05] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : Une revue systématique de la littérature communautaire. *Santé Publique* 2022, HS2(34), 197-211. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0197>

Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des
systèmes de santé :
Une revue systématique de la littérature communautaire

Anna BALEIGE, Mathilde GUERNUT, Frédéric DENIS

Santé Publique

RÉSUMÉ [a05]

Introduction.

Les personnes transgenres et de genre divers (TGD) représentent une part importante et croissante de la population générale qui fait face à des barrières individuelles et systémiques d'accès aux soins. Le contexte socioculturel et la mauvaise organisation des soins les placent dans une situation de vulnérabilité et il s'avère nécessaire de développer des stratégies de promotion de la santé durables.

But de l'étude.

L'objectif de cette étude participative est de dresser un état des lieux des freins et leviers d'action en faveur de la promotion de la santé des personnes TGD. Pour cela, elle s'appuie sur l'expertise des associations et vise à produire une synthèse thématique qui viendra soutenir la prise de décision politique.

Résultats.

Nous avons centralisé les ressources de 18 associations françaises et européennes et avons inclus 25 documents éligibles suite à une analyse de leur qualité ; 3 047 données ont été extraites et codifiées, puis développées en cinq thèmes qui ont permis de modéliser les actions, freins et leviers pour améliorer les parcours de soins des personnes TGD.

Conclusions.

La promotion de la santé des personnes TGD s'intéresse aux discriminations, aux parcours de soins, à l'accès aux soins, à la transmission des savoirs et à la recherche. Les principaux freins sont le rôle des médecins spécialistes, la pathologisation, l'injustice épistémique et la faible priorité politique des enjeux de santé des personnes TGD. Les principaux leviers d'action seront d'assurer une prise de décision permettant la mise en place d'une politique de santé pragmatique et collaborative dans ce contexte.

Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire

Promoting transgender and gender diverse health within health systems: a systematic review of community literature

Anna Baleige¹, Mathilde Guernut², Frédéric Denis^{3,4}

➔ Résumé

Introduction : Les personnes transgenres et de genre divers (TGD) représentent une part importante et croissante de la population générale qui fait face à des barrières individuelles et systémiques d'accès aux soins. Le contexte socioculturel et la mauvaise organisation des soins les placent dans une situation de vulnérabilité et il s'avère nécessaire de développer des stratégies de promotion de la santé durables.

But de l'étude : L'objectif de cette étude participative est de dresser un état des lieux des freins et leviers d'action en faveur de la promotion de la santé des personnes TGD. Pour cela, elle s'appuie sur l'expertise des associations et vise à produire une synthèse thématique qui viendra soutenir la prise de décision politique.

Résultats : Nous avons centralisé les ressources de 18 associations françaises et européennes et avons inclus 25 documents éligibles suite à une analyse de leur qualité ; 3 047 données ont été extraites et codifiées, puis développées en cinq thèmes qui ont permis de modéliser les actions, freins et leviers pour améliorer les parcours de soins des personnes TGD.

Conclusions : La promotion de la santé des personnes TGD s'intéresse aux discriminations, aux parcours de soins, à l'accès aux soins, à la transmission des savoirs et à la recherche. Les principaux freins sont le rôle des médecins spécialistes, la pathologisation, l'injustice épistémique et la faible priorité politique des enjeux de santé des personnes TGD. Les principaux leviers d'action seront d'assurer une prise de décision permettant la mise en place d'une politique de santé pragmatique et collaborative dans ce contexte.

Mots-clés : Personnes transgenres ; Services de santé pour personnes transgenres ; Participation communautaire ; Organisation et administration ; Droits de l'homme ; Revue de la littérature.

➔ Abstract

Introduction: Transgender and gender diverse people (TGD) represent a large and growing portion of the general population who face individual and systemic barriers in accessing care. The socio-cultural context and lack of organization of care place them in a vulnerable situation and there is a need to develop sustainable health promotion strategies.

Purpose of research: The aim of this participatory study is to establish an overview of the barriers and opportunities for promoting the health of TGD people. To do so, it relies on the expertise of NGOs and aims to produce a thematic synthesis that will support policy-making.

Results: We centralized the resources of 18 French and European organizations and included 25 eligible documents following a quality analysis. 3047 data were extracted and coded, then developed into 5 themes that allowed us to model the actions, barriers and opportunities to improve care for the TGD population.

Conclusions: Health promotion of TGD people focuses on discrimination, care pathways, access to care, transmission of knowledge and research. The main obstacles are the role of medical specialists, pathologization, epistemic injustice and the low political priority of their health issues. The main opportunities will rely on ensuring that decision-making allows for the implementation of a pragmatic and collaborative health policy in this context.

Keywords: Transgender persons; Health services for transgender persons; Community participation; Organization and administration; Human rights; Review.

¹ EA 7505 Éducation, éthique, santé – Faculté de médecine – Université de Tours – France.

² UMR 8163 Savoirs, textes, langage – CNRS – Université de Lille – France.

³ Département de santé publique – Faculté de médecine – Université de Tours – France.

⁴ Faculté d'odontologie – Université de Nantes – France.

Correspondance : A. Baleige
baleige.a@gmail.com

Réception : 04/11/2021 – Acceptation : 24/01/2023

Introduction

La promotion de la santé des personnes transgenres et leur accès au système de santé apparaissent aujourd'hui comme un enjeu majeur de santé publique [1]. Les personnes transgenres forment une population hétérogène regroupant une variété d'identités et d'expressions de genre [2]. Les études populationnelles comprennent principalement trois définitions distinctes : les personnes ayant reçu un diagnostic médical, celles s'auto-déterminant transgenres et, plus largement, celles exprimant une diversité de genre hors de la binarité de genre. Ces populations représentent respectivement jusqu'à 0,03 %, 0,5 % et 4,5 % des adultes et une part d'autant plus importante et croissante des enfants et adolescents [3]. Toutes partagent des iniquités de santé incluant des risques accrus d'exclusion sociale et économique, de pathologisation, de stigmatisation, de discrimination, de violence et d'autres violations des droits humains fondamentaux, y compris au sein des systèmes de santé [1]. Partant des constats que l'accès aux soins passant par les diagnostics médicaux est insuffisant [1, 2, 4] et que ces iniquités de santé reposent sur des déterminants construits socialement [1, 2], nous conserverons la définition la plus inclusive et partagée et nous référerons à l'ensemble des personnes transgenres existant à l'intérieur et à l'extérieur de la binarité de genre sous le terme de personnes « transgenres et de genre divers » (TGD) [5].

Les principes de Jogjakarta de 2007, étendus en 2017 [6], forment la plus emblématique application des droits humains en matière d'identité et d'expression de genre, et plusieurs autres textes à portée internationale affirment l'application des droits humains autour de l'idée centrale que l'affirmation de genre est un droit humain fondamental [1]. La violation de ces droits au sein du système de santé questionne, de fait, la manière dont les soins sont organisés et proposés. Pour autant, la question de la santé des personnes TGD ne peut être réduite à une question organisationnelle, étant admis que la santé dépasse largement la seule compétence des professionnels et comprend une multitude de facettes, dont l'inclusion sociale et l'accès aux droits, à l'éducation et à l'emploi [1]. Pour cette analyse, nous considérerons comme référence d'organisation du système de santé celle de la santé communautaire, déjà employée dans des travaux similaires [4]. Il est alors possible de modéliser trois relations que les personnes TGD peuvent entretenir avec le système de santé dans le but de recevoir des soins, qui peuvent être soit liées à leur transition [1, 2, 4], soit à la situation de vulnérabilité dans laquelle elles sont placées par des contextes

socioculturels genrés qui les exposent à des risques accrus de risque [1], soit dans leur accès aux soins courants [1, 4]. Il apparaît alors que la promotion de la santé des personnes TGD dépasse la question de l'évaluation diagnostique et de l'accompagnement de la transition (hormonothérapie, chirurgie, dermatologie...) [2] et intéresse des domaines variés de la médecine comme l'accès aux soins courants, la promotion des santés mentale, sexuelle et reproductive et la réduction des risques addictologiques (figure 1) [1].

En pratique, la concentration des investissements de santé dans des filières spécifiques, auto-qualifiées expertes, centrées autour de l'évaluation diagnostique et du contrôle des parcours de transition [1, 2, 4, 7], ainsi que des discriminations dans l'accès aux soins courants [1, 4] participent à une logique ségrégative des systèmes de santé contemporains, qui ne répondent pas, de fait, aux enjeux de santé des personnes TGD. En France, malgré le retrait des « troubles de l'identité de genre » de la liste des affections psychiatriques de longue durée en 2010 [8] et la mise en avant de la promotion de la santé des personnes TGD dans les dernières stratégies nationales de santé sexuelle [9] et de lutte contre les discriminations [10], les manquements déjà pointés en 2011 dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales [7] perdurent et limitent les avancées à des initiatives locales et engagées dans la promotion des droits humains [4, 11]. En 2019, sur la base d'études de terrain, dont une réalisée en France au sein de la Maison dispersée de santé de Lille [11], l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a supprimé les diagnostics du chapitre des troubles mentaux et du comportement liés aux personnes TGD au profit de nouveaux concepts inscrits dans un nouveau chapitre lié à la santé sexuelle [4]. Si la médicalisation et la pathologisation des personnes TGD perdurent, cette dépsychopathologisation [4] marque un changement épistémique majeur dans la façon que nous avons de considérer les personnes TGD, non plus comme souffrant d'un problème mental nécessitant des soins spécifiques, mais comme une population placée en situation de vulnérabilité du fait du non-respect de ses droits [12]. Ce changement épistémique vient donc soutenir une réforme de l'organisation des systèmes de soins et la promotion de la santé des personnes TGD [4].

Conformément aux recommandations de l'OMS, le développement d'une stratégie de promotion de la santé contemporaine doit s'intéresser tant aux soins proposés qu'à la qualité de la gouvernance du système de santé et au développement de la littéracie et s'inscrire dans une approche durable [13]. Pour cela, il apparaît nécessaire de s'appuyer sur l'expertise des associations de personnes TGD et sur les initiatives de terrain et les données déjà disponibles [14], ce d'autant plus que de nombreuses études mettent en avant

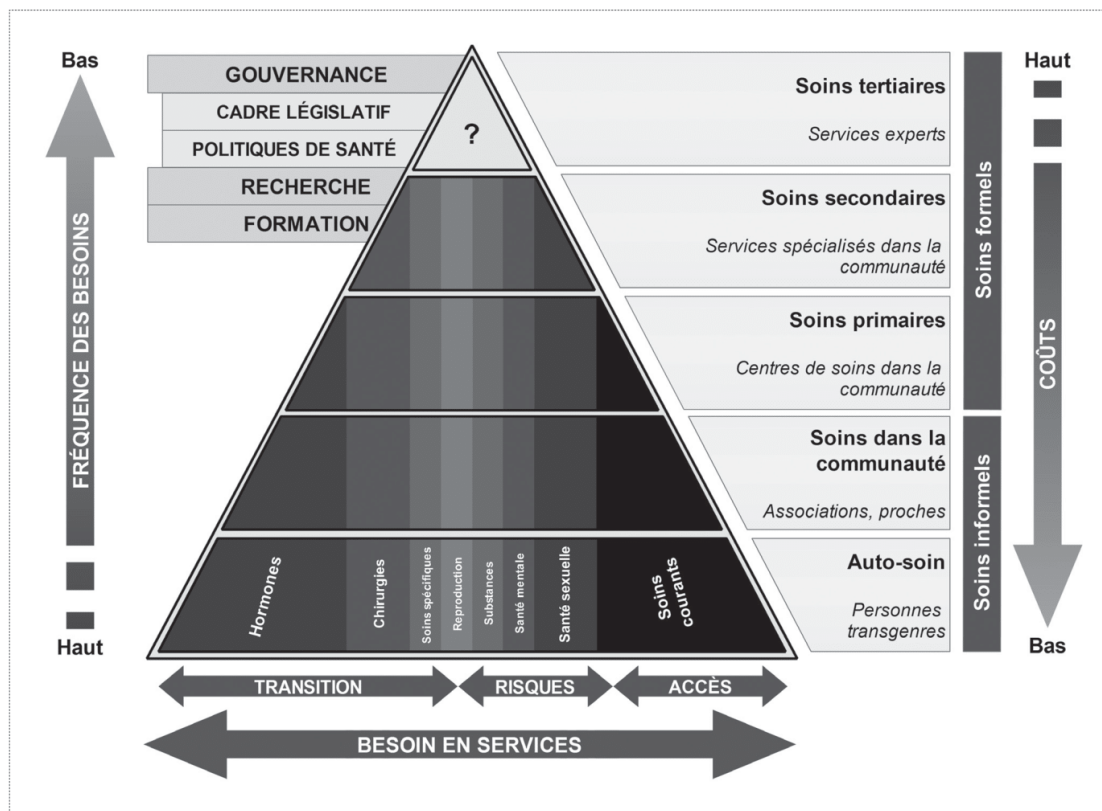


Figure 1 : Représentation des besoins de soins des personnes transgenres et de genre divers sur le modèle de la santé communautaire

L'organisation communautaire des soins est présentée sous forme de pyramide sur la base des travaux de l'Organisation mondiale de la santé [4] et comprend trois niveaux distincts : les soins informels incluant ceux émanant de la personne elle-même et des intervenants non professionnels ; les soins formels correspondant à l'action des professionnels de santé suivant une médecine à trois niveaux de recours ; le cadre dans lequel ces soins ont lieu incluant la gouvernance, la recherche et la formation. Les besoins de soins des personnes transgenres et de genre divers [1] sont surimposés pour chaque niveau de recours en trois groupes, liés à la transition, au risque et à l'accès aux soins courants.

1. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016;388(10042):412-36. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00684-X.

4. Baleige A, de la Chenelière M, Dassonneville C, Martin MJ. Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Heal*. 2021;7(1):1-6. DOI: 10.1089/trgh.2020.0143.

le manque de données à haut niveau de preuve, faute d'intérêt scientifique et politique, et appellent à analyser les rapports et productions des institutions internationales et des associations [1]. Le constat des iniquités de santé dont sont victimes les personnes TGD rend nécessaire une action à court terme qui doit, de fait, être encore plus guidée par des critères de faisabilité, d'acceptabilité et de droits, et

dans laquelle le bénéfice lié à la participation active des personnes TGD et des associations est clairement mis en avant [1, 2, 4]. Les personnes TGD, ainsi que les autres décideurs, ont besoin d'outils pour conjuguer au mieux ces enjeux épistémiques, sociaux et de développement durable.

L'objectif de cette étude est de produire une synthèse des connaissances académiques, professionnelles et

expérientielles et de dresser un état des lieux des freins et leviers d'action en faveur de la promotion de la santé des personnes TGD existant au sein des systèmes de santé contemporains. Compte tenu de l'instabilité épistémologique et des enjeux idéologiques qui touchent les personnes TGD et des domaines connexes comme la psychiatrie [12], cet objectif s'inscrit dans une démarche de construction de savoirs partagés dans une approche participative et respectueuse des droits humains. Pour cela, elle s'appuie sur l'expertise des associations de personnes TGD en matière de recherche et de relais d'informations, en France et en Europe.

Matériels et méthodes

Une méthode adaptée aux enjeux épistémiques

Cette étude s'intéresse aux savoirs issus des milieux associatifs des personnes TGD, domaine inexploré et potentiellement complémentaire des revues des connaissances scientifiques [1]. Les savoirs sont inscrits socialement à travers le langage par des moyens de production et d'interprétation, des cadres idéologiques et des paradigmes [15, 16]. Reconnaître et interpréter des connaissances nécessite donc une compréhension préalable du contexte socioculturel dans lequel elles évoluent et fait intervenir la subjectivité des analystes [17, 18].

Nous avons construit une méthodologie qui relève des recherches participatives, visant à améliorer la compréhension d'un phénomène en faisant intervenir les savoirs issus de l'expérience subjective des personnes concernées impliquées [16], et qui s'inscrit dans la logique des recherches dirigées par les personnes concernées, aussi appelées recherche par les survivant-es [16]. Cela de manière à contrôler cette subjectivité et à la mettre au service de l'analyse, à prendre en compte les dynamiques de pouvoir au sein de la recherche [19] et à améliorer la validité écologique des résultats.

Dans ce but, nous avons choisi de réaliser une analyse sous forme de synthèse thématique qui associe une double dynamique : algorithmique – où les analystes catégorisent les connaissances de manière *top-down* afin de les situer – et heuristique – où des concepts émergent de manière *bottom-up* des données. Elle fait intervenir la subjectivité des analystes dans l'abstraction et tire donc profit de l'approche participative [18].

Une sélection des documents en quatre étapes et selon quatre critères

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature relayée par les associations de personnes TGD aux niveaux français et européen parmi une liste préétablie (voir remerciements). Les documents ont été traités en quatre étapes : une étape d'identification visant à repérer les documents potentiels parmi l'ensemble des ressources à disposition, une étape de sélection préalablement à leur lecture, une étape d'évaluation de leur éligibilité suite à leur lecture intégrale sur la base de critères d'inclusion, et une étape d'inclusion basée sur une évaluation de leur qualité.

Nous avons considéré comme éligibles pour l'étape de sélection les documents relayés par les associations en lien avec la santé des personnes TGD et rédigés en français ou en anglais. Suite à leur lecture intégrale, les documents étaient considérés comme éligibles si : (1) il s'agissait de leur dernière version dans le cas de documents ayant fait l'objet de révisions ; (2) ils s'intéressaient à des situations en contexte occidental ; (3) le contenu abordait l'organisation du système de santé ; (4) ils étaient formalisés de manière à pouvoir être soumis à une évaluation de leur qualité. Les critères (1) et (2) visaient à assurer le recueil de données récentes et applicables au système français. Pour le critère (2), nous avons sélectionné les documents concernant des systèmes de soins de pays à haut revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure selon le classement de la Banque mondiale de 2020 [20]. Le critère (3) visait à exclure les documents abordant les éléments de la santé des personnes TGD qui n'étaient pas en lien direct avec le système de santé (accès à l'emploi, réformes juridiques, engagements politiques ou discriminations économiques). Le critère (4) visait à inclure des documents répondant à un formalisme partagé et pouvant ainsi répondre aux zones d'ombre de la littérature scientifique. Nous avons évalué la qualité des rapports à l'aide de la *Quality Checklist for Evaluation Reports* [21] qui a été adaptée pour l'évaluation de la qualité des guides pratiques inclus. L'ensemble des étapes d'identification, de sélection, d'éligibilité et d'inclusion a été réalisé en parallèle par deux chercheuses (AB et MG) dont une personne concernée, et la résolution des différends a été faite par obtention d'un consensus.

Des analyses thématiques outillées

Deux *corpora* ont été constitués : l'un comprenant l'ensemble des documents répondant aux quatre critères, l'autre à partir des documents sélectionnés répondant aux

trois premiers critères d'éligibilité. Cette étape vise à situer les documents inclus au sein d'une littérature plus large et ne répondant pas nécessairement au formalisme nécessaire à l'évaluation de sa qualité. Tous ont fait l'objet d'évaluations bibliométriques portant sur la langue, le champ disciplinaire des auteurs et autrices, la thématique principale, le public concerné, l'année de publication et le respect des critères de l'évaluation de la qualité.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R v3.4.4.

L'analyse thématique comprend une première phase de décontextualisation où les données sont extraites des documents et multi-codées [17]. Deux chercheuses (AB et MG), ont extrait les données en différenciant celles de premier ordre (citations de personnes TGD) et de second ordre (interprétations des auteurs et autrices). Dans l'approche algorithmique, nous avons utilisé une liste de codes pré-établis visant à identifier le niveau de recours (figure 1), les acteurs et actrices concernés et s'il s'agissait d'un frein ou d'un levier à la promotion de la santé des personnes TGD. Dans l'approche heuristique, nous avons fait émaner des codes nouveaux des données, à partir de nos connaissances et du dialogue participatif. Faisant face à un nouveau domaine de connaissance, nous avons visé à réduire les biais d'interprétation et les codages ont été réalisés à l'aide du logiciel MS Office Professional Plus 2016 Excel. Afin de s'assurer de la reproductibilité, les dix premiers pourcents des données ont fait l'objet d'une extraction et d'un codage en commun, ainsi qu'un autre échantillon similaire choisi aléatoirement.

Nous avons choisi d'appuyer la deuxième étape de recontextualisation sur une analyse en réseau des co-occurrences des codes à l'aide du logiciel Cytoscape v3.9.0. Basé sur la théorie des graphes, ce logiciel permet l'analyse et la visualisation de réseaux complexes. Ce choix vise à éviter l'assistance préconstruite des logiciels spécialisés afin de potentialiser le rôle du savoir d'expérience dans la compréhension des données. Les codes ont été regroupés par thèmes abstraits et ont fait l'objet d'une modélisation synthétique.

Résultats

Inclusion et analyses bibliométriques

Nous avons retenu quatre-vingt-neuf documents parmi les cent cinquante-deux identifiés (figure 2). Nous avons

également considéré comme sources potentielles les ressources de l'American Psychological Association auxquelles renvoyait directement l'association ILGA-Europe¹. Nous avons inclus vingt-cinq documents de qualité dit inclus (répondant aux quatre critères) dans la synthèse thématique (tableau I) [1, 22-45] et dans un premier corpus d'analyse bibliométrique, portant le deuxième corpus dit non inclus à quarante-quatre documents (répondant à trois critères sur quatre).

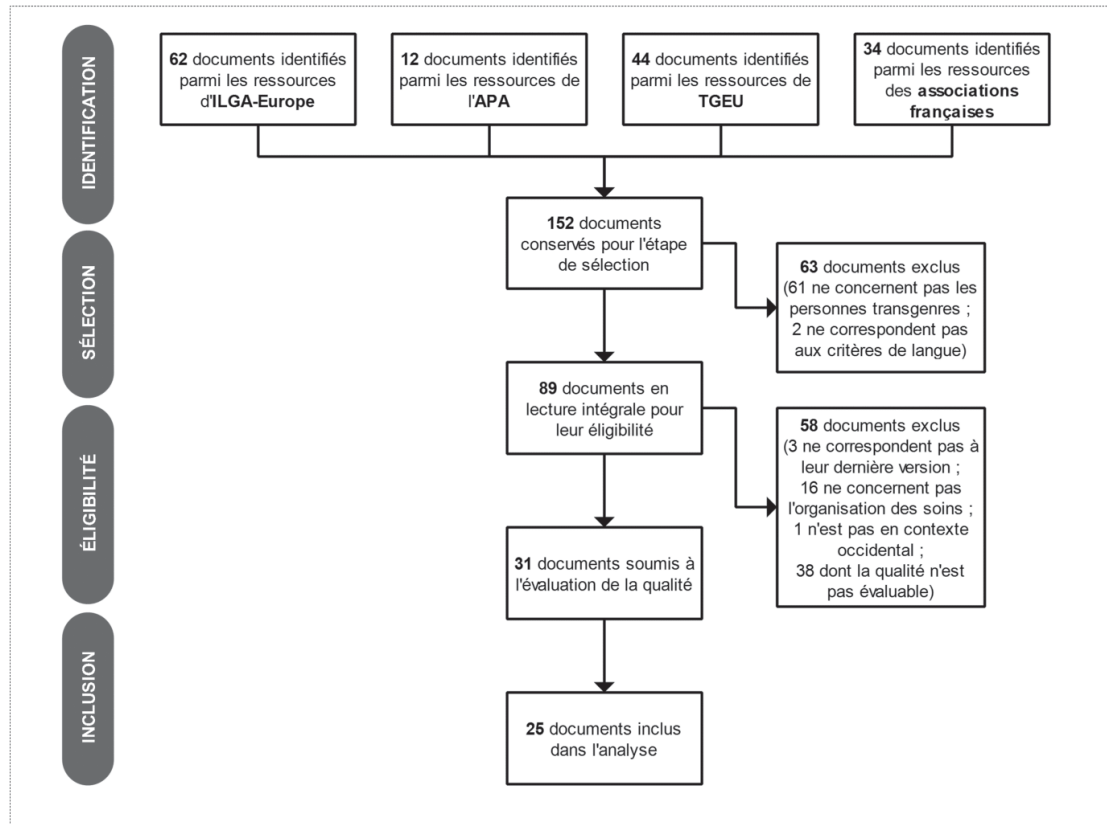
Parmi les documents inclus, trois (12,0 %) étaient le fruit d'une collaboration entre différents types d'auteurs et autrices, quatorze (56,0 %) impliquaient directement les associations de personnes TGD dans leur réalisation, onze (44,0 %) émanaient de professionnels de santé et trois (12,0 %) d'associations extérieures à la communauté des personnes TGD. Les documents abordaient six thématiques principales (tableau I). La thématique la moins abordée concernait les infections sexuellement transmissibles et notamment le VIH²/sida ($n = 3$, 12,0 %) et la plus abordée, la rédaction de recommandations de bonnes pratiques ($n = 6$, 24,0 %).

Le corpus des documents non inclus comportait davantage de documents rédigés en français : 4 (16,0 %) vs 17 (38,6 %) ; $\chi^2(1) = 3,9$, $p < 0,05$. Une grande partie des documents non inclus l'ont été sur l'absence de référence et parce qu'ils constituaient davantage un contenu qualitatif à explorer.

On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative dans les thématiques abordées entre les deux *corpora*. Sur l'ensemble des *corpora*, la dépathologisation et le VIH/sida étaient des thématiques abordées plus récemment que les autres, respectivement en 2015 (hormis une publication de 2008) et en 2013. Parmi les soixante-neuf documents des deux *corpora*, trente-et-un ont été éligibles à l'évaluation de leur qualité. La santé mentale était la thématique avec la plus grande perte de données liée au formalisme des documents, à l'opposé de l'accès aux soins (11 [73,3 %] vs 3 [50,0 %]), sans pour autant que ces différences soient statistiquement significatives. Sur les deux *corpora*, soixante (86,9 %) documents ciblaient l'ensemble des personnes TGD, quatre (5,8 %) les enfants et adolescents, deux (2,9 %) respectivement les personnes en situation de handicap et de migration et un (1,5 %) les personnes âgées. Là également, aucune différence n'a été observée entre les *corpora*.

¹ European region of the International Lesbian and Gay Association.

² Virus de l'immunodéficience humaine.

**Figure 2 : Diagramme de flux des documents inclus dans la revue**

APA : American Psychological Association ; ILGA : International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association ;
TGEU : Transgender Europe.

Tableau I : Caractéristiques des documents inclus

Document	Type	Source	Langue	Pays/Région d'application	Nature des auteurs et autrices	Thématique principale	Population cible	Évaluation de la qualité
Reisner 2016 [1]	Article	TGEU	Anglais	Monde	Professionnels de santé	Bonnes Pratiques	Tou·te·s	N/A
Chrysalide 2019 [22]	Guide	Chrysalide	Français	France	Association de personnes concernées	Bonnes Pratiques	Tou·te·s	Bonne
Strauss 2017 [23]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	Australie	Professionnels de santé	Santé mentale	Jeunes	Très bonne
OSF 2013 [24]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	Monde	Association tierce	Information	Tou·te·s	Très bonne
James 2015 [25]	Rapport	EST	Anglais	USA	Professionnels de santé	Accès aux Soins	Tou·te·s	Très bonne

Document	Type	Source	Langue	Pays/Région d'application	Nature des auteurs et autrices	Thématique principale	Population cible	Évaluation de la qualité
Gale 2017 [26]	Rapport	TGEU	Anglais	UE	Association de personnes concernées	Dépathologisation	Personnes en situation de handicap	Bonne
Smiley 2017 [27]	Rapport	TGEU	Anglais	Géorgie, Pologne, Serbie, Espagne, Suède	Association de personnes concernées	Dépathologisation	Tou·te·s	Très bonne
Karsay 2017 [28]	Rapport	TGEU	Anglais	UE	Association de personnes concernées	Dépathologisation	Tou·te·s	Très bonne
Whittle 2008 [29]	Rapport	TGEU	Anglais	UE	Association de personnes concernées	Dépathologisation	Tou·te·s	Très bonne
WHO 2014 [30]	Rapport	TGEU	Anglais	Monde	Professionnels de santé	VIH	Tou·te·s	Très bonne
Lambda Legal 2012 [31]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	USA	Association de personnes concernées	Accès aux Soins	Tou·te·s	Très bonne
Mulé 2009 [32]	Article	ILGA-Europe	Anglais	Canada	Professionnels de santé	Bonnes Pratiques	Tou·te·s	N/A
Cahill 2014 [33]	Article	ILGA-Europe	Anglais	USA	Professionnels de santé	Bonnes Pratiques	Tou·te·s	N/A
Samaritans Ireland 2010 [34]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	Irlande	Association tierce Association de personnes concernées	Bonnes Pratiques	Tou·te·s	Bonne
Quinlan 2010 [35]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	Irlande	Professionnels de santé	Bonnes Pratiques	Tou·te·s	Très bonne
Tanadgoma 2013 [36]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	Géorgie, Arménie, Azerbaïdjan	Professionnels de santé Association de personnes concernées	VIH	Tou·te·s	Bonne
WHO 2015 [37]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	Monde	Professionnels de santé	VIH	Tou·te·s	Très bonne
Higgins 2016 [38]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	Irlande	Professionnels de santé Association de personnes concernées	Santé mentale	Tou·te·s	Très bonne
Mayock 2008 [39]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	Irlande	Association de personnes concernées	Santé mentale	Tou·te·s	Très bonne
Sarma 2008 [40]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	Irlande	Association de personnes concernées	Information	Jeunes	Très bonne

Document	Type	Source	Langue	Pays/Région d'application	Nature des auteurs et autrices	Thématique principale	Population cible	Évaluation de la qualité
HRCF 2010 [41]	Rapport	ILGA-Europe	Anglais	USA	Association tierce	Information	Tou·te·s	Bonne
Schneider 2009 [42]	Rapport	APA	Anglais	USA	Professionnels de santé	Santé mentale	Tou·te·s	Bonne
Chrysalide 2021 [43]	Guide	Chrysalide	Français	France	Association de personnes concernées	Accès aux Soins	Tou·te·s	Bonne
Chrysalide 2011 [44]	Rapport	Chrysalide ; EST	Français	France	Association de personnes concernées	Accès aux Soins	Tou·te·s	Bonne
OUTrans 2017 [45]	Guide	OUTrans	Français	France	Association de personnes concernées	Information	Tou·te·s	Très bonne

APA : American Psychological Association ; EST : Espace Santé Trans ; ILGA : International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association ; N/A : non applicable ; TGEU : Transgender Europe ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

Codage et synthèse thématique

Nous avons retenu 3 047 données, parmi lesquelles 304 citations dites de premier ordre (9,9 %) et 1 646 renvoyant à des freins (54,0 %). Elles ont été multi-codées avec soixante-deux codes distincts. Parmi les 11 822 codes ainsi attribués, les plus employés correspondaient à : l'accès aux soins (« Accès » : 1 536 ; 13,0 %), la discrimination (« Discrimination » : 1 133 ; 9,6 %), les services de santé (« ServicesSanté » : 1 071 ; 9,1 %), les politiques publiques et de santé (« PolPubliques » : 1 054 ; 8,9 %), les personnes TGD (« PersTrans » : 714 ; 6,0 %) et la santé mentale (« SantéMentale » : 647 ; 5,5 %).

Sur la base d'une matrice de co-occurrences, une analyse en réseau a été réalisée (figure 3) et a permis de mettre en évidence le rôle central de l'accès aux soins, en lien avec les services de santé ($n = 263$), les aspects financiers ($n = 252$) et les politiques publiques ($n = 194$). Les discriminations apparaissent comme médiatrices entre les services de santé ($n = 166$), les personnes TGD ($n = 128$), l'accès aux soins ($n = 114$) et les politiques publiques ($n = 83$). Les questions d'intersectionnalité relient l'accès aux soins ($n = 72$) et les discriminations ($n = 59$). Parmi les spécialités médicales, la santé mentale est également davantage associée aux enjeux d'accès aux soins que les autres disciplines ($n = 116$, vs chirurgie $n = 35$, endocrinologie $n = 29$, santé sexuelle $n = 21$). Enfin, la conformité des lois aux droits humains apparaît également comme une co-occurrence forte ($n = 100$), de même que les enjeux de méthodologie dans la recherche scientifique ($n = 85$).

La synthèse thématique inductive se base sur le codage des données pour établir des thèmes représentant des facteurs influençant le fonctionnement du système de santé pour les personnes TGD. À partir de ces thèmes, nous avons réalisé une modélisation (figure 4) présentant leur poids relatif, représenté par leur fréquence de codage. Notre modélisation comprend cinq catégories hyponymes ou superordonnées : lutte contre les discriminations ; amélioration des parcours de soins ; promotion de l'accès aux soins ; diffusion des savoirs et éducation ; développement de la recherche. Leurs interconnexions font ressortir quatre leviers centraux d'amélioration du système de soins et quatre freins principaux organisés autour de la lutte contre les discriminations. Par la suite, nous allons détailler chaque catégorie et les illustrer avec des données de premier ordre.

Lutte contre les discriminations

La lutte contre les discriminations ressort comme une dynamique centrale de la promotion de la santé des personnes TGD. En effet, les discriminations peuvent avoir un impact direct sur leur santé, mais également un impact indirect.

Les discriminations participent à une hiérarchisation des savoirs au détriment des personnes TGD. Il en résulte une pluralité idéologique qui nourrit en pratique un immobilisme politique alors qu'au-delà des droits fondamentaux, les approches dites trans-affirmatives ont fait la preuve de

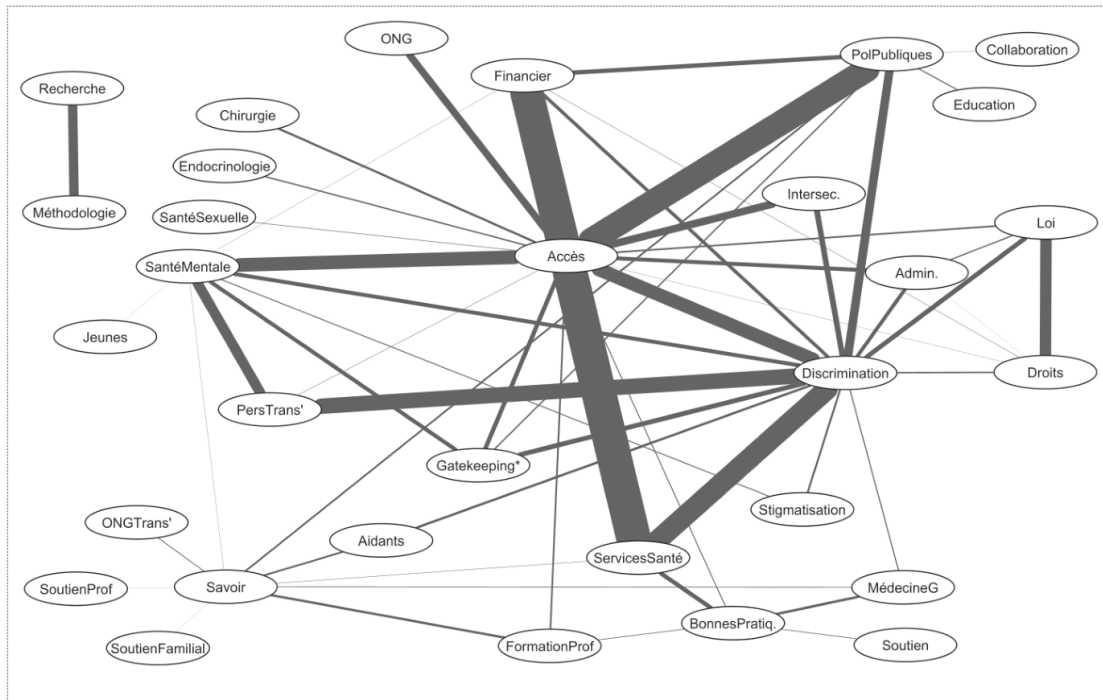


Figure 3 : Réseau des codes des données extraites

Les nœuds représentent les codes assignés aux données extraites des documents inclus dans la synthèse thématique, les liens représentent les co-occurrences (seuil > 19) et l'épaisseur du lien est proportionnelle au nombre de co-occurrences.

* *Gatekeeping* : englobe à la fois le fait de considérer les soins pour les personnes comme relevant d'une expertise particulière et de bloquer l'accès à ces soins derrière des évaluations diagnostiques longues et difficiles d'accès, soit sous la forme d'un diagnostic psychiatrique, soit d'une évaluation pluridisciplinaire.

leur acceptabilité et de leur efficacité. Elles ont également des ramifications en matière de recherche et de politiques publiques puisqu'une majorité des financements et des recherches seraient soumis à des enjeux de pouvoir idéologiques, au détriment du développement de stratégies concrètes de promotion de la santé des personnes TGD.

Bien que certains textes fassent référence aux cadres législatifs nationaux et européens, l'ensemble des documents considère les droits humains comme cadre de référence permettant d'attester du caractère discriminatoire de certaines pratiques.

Un grand nombre de données font état de discriminations rencontrées au sein du système de santé, notamment de la part des professionnels. Il pourrait s'agir d'attitudes et de comportements ouvertement transphobes, mais les auteurs et autrices attirent également l'attention sur les dynamiques intersectionnelles, notamment concernant l'orientation

sexuelle, le racisme, le validisme, la psychophobie et l'âgisme, qui seraient fortement présentes dans le système de soins français. Outre la perception de jugement permanent, ces discriminations peuvent avoir un impact concret sur les parcours de soins et les décisions de santé :

« Depuis trois ans je disais à mon endocrinologue que je prenais le castrateur qu'elle me prescrivait, alors que ce n'était pas vrai. Je savais que c'était impossible pour elle d'entendre qu'on pouvait se sentir femme et désirer avoir la sexualité que je voulais. Un ami m'a conseillé un autre médecin. Je n'en revenais pas qu'elle m'écoute, sans sourire en coin ni sourcils froncés. J'ai enfin pu parler librement. Je ne pensais pas qu'on pouvait. » [22]

Par contraste, la majorité des recommandations de bonnes pratiques met en avant l'impact positif sur la santé des personnes TGD d'un environnement sécurisant et non

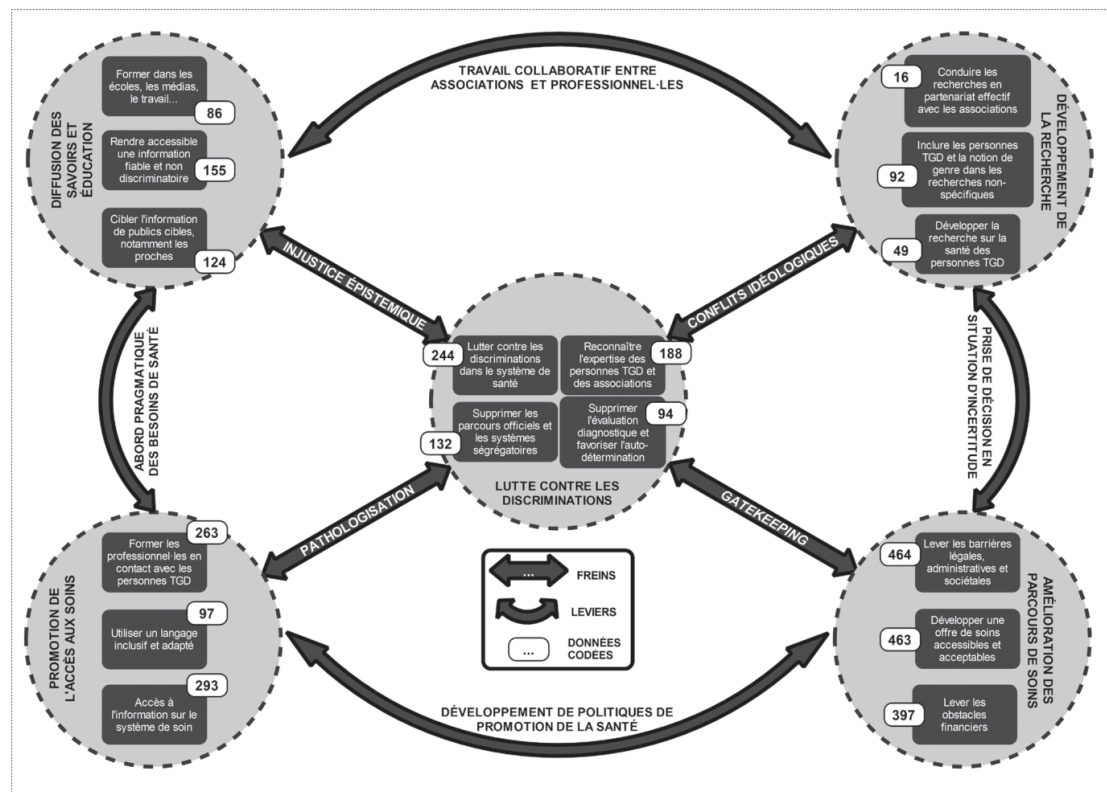


Figure 4 : Modélisation des freins et des leviers d'action sur l'organisation du système de soins visant à promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers (TGD)

* Gatekeeping : englobe à la fois le fait de considérer les soins pour les personnes comme relevant d'une expertise particulière et de bloquer l'accès à ces soins derrière des évaluations diagnostiques longues et difficiles d'accès, sous la forme d'un diagnostic psychiatrique ou d'une évaluation pluridisciplinaire.

discriminatoire, notamment dans le but de leur permettre de prendre des décisions de santé à moyen terme et non en mode survie :

« [Traduction] *Ce qui m'a le plus touché, c'est de ne pas être isolé. Minus18, Ygender et Safe Schools Coalition ont ouvert mon monde et m'ont permis de me sentir moins seul. Je suis passé d'un sentiment de désespoir et de froideur à un sentiment d'intérêt pour moi-même.* » [23]

Un thème d'amélioration des parcours de soins serait la question du *gatekeeping* qui englobe à la fois le fait de considérer les soins pour les personnes TGD comme relevant d'une expertise particulière et de bloquer l'accès à ces soins derrière des évaluations diagnostiques longues et difficiles d'accès. Ce phénomène peut prendre la forme

d'un diagnostic psychiatrique ou d'une évaluation pluridisciplinaire, laissant en pratique les personnes TGD sans possibilité concrète d'accès aux soins. Outre la situation impossible dans laquelle se trouveraient les personnes TGD, plusieurs auteurs et autrices argumentent qu'aucune discipline médicale ne peut prétendre détenir une expertise sur la santé des personnes TGD, par définition transdisciplinaire. Cette dynamique s'appuie largement sur la pathologisation des personnes TGD qui reste un motif de refus de soin, mais également sous-tend de nombreuses barrières administratives et organisationnelles. De nombreux rapports recommandent une dépathologisation complète des personnes TGD, tant en pratique que sur les plans administratif et organisationnel, en conformité avec les droits humains.

Amélioration des parcours de soins

Les données recueillies mettent en avant trois grands obstacles dans les parcours de soins des personnes TGD : les obstacles financiers, organisationnels et les barrières légales, administratives et sociétales.

Les difficultés de remboursement des soins, notamment ceux liés à la transition, sont potentialisées par les difficultés économiques largement décrites au sein de la population des personnes TGD. En France, il est fait état de difficultés d'accès au dispositif d'affection de longue durée, mais aussi de la restriction des remboursements des procédures et de la difficulté, voire de l'impossibilité, pour les personnes TGD d'avoir accès à un professionnel accueillant et financièrement abordable :

« J'ai des problèmes cardiaques depuis que je prends des œstrogènes. Mon endocrinologue m'a orientée vers des cardiologues sans préciser que j'étais une femme trans. Trois ont refusé de me prendre en charge en apprenant que j'étais une femme trans car "je ne sais pas faire". Un autre m'a dit que j'avais choisi de prendre des hormones et que je devais donc assumer les problèmes qui en découlaient et ne pas ruiner la sécurité sociale pour alimenter mon délire. Le dernier a dû me faire hospitaliser en urgence en cardiologie car j'ai fait une crise cardiaque dans sa salle d'attente (et il assure mon suivi depuis). » [22]

Les dépassements d'honoraires sont également cités comme un mode indirect de discrimination parmi la patientèle. Ces difficultés d'accès encourageraient de nombreuses personnes TGD à développer l'autosoin et l'accès aux ressources communautaires alternatives et à aller chercher des soins à l'étranger auprès de professionnels non discriminants, plus accessibles et mieux formés, renforçant d'autant plus leurs difficultés financières et participant à une iniquité économique d'accès aux soins.

Ces éléments seraient sous-tendus par des manquements organisationnels et les auteurs et autrices font état de déserts médicaux qui induisent des délais longs de consultation liés à la saturation du peu de services disponibles et au manque de professionnels formés. Il peut s'avérer impossible de trouver un professionnel, d'autant plus quand les soins sont organisés de manière sectorielle, les personnes TGD pouvant se retrouver contraintes de déménager pour accéder à des soins adaptés. Les centres spécialisés sont cités comme des solutions possibles puisqu'ils proposeraient des soins larges par des professionnels formés, mais plusieurs documents les critiquent comme une forme de ségrégation ou un obstacle indirect à l'accès

aux soins en créant une notion d'expertise qui participe à une réduction globale de l'offre.

Enfin, des barrières légales et administratives, notamment concernant le changement d'état civil ou la reconnaissance d'un troisième genre dans l'accès à l'emploi et à l'éducation, contribuent à potentialiser les facteurs de risque, plaçant les personnes TGD dans une situation à risque de risque.

Plusieurs initiatives de terrain sont citées comme exemples de possibles solutions de fluidification des parcours de soins, principalement à travers le développement de parcours centrés sur la santé primaire et le consentement libre et éclairé affranchi de toute évaluation spécialisée systématique. Le développement de l'e-santé et de la télémédecine est également mis en avant comme une façon de lutter contre les inégalités géographiques :

« [Traduction] Mitr Trust, par exemple, utilise Skype pour mettre en relation un infirmier praticien du Callen-Lorde Community Health Center, un centre de santé communautaire LGBT de New York, avec une communauté hijra de Delhi. Au cours de vidéoconférences bimensuelles, l'infirmier praticien prescrit et contrôle les hormones et fournit d'autres conseils médicaux si nécessaire. Mitr Trust s'associe à un prestataire local à Delhi pour s'assurer que les analyses et les médicaments sont disponibles. » [24]

Promotion de l'accès aux soins

Il ressort de l'analyse que les freins majeurs à l'accès aux soins seraient la complexité des parcours associée à la difficulté de se procurer les informations adaptées, le *gatekeeping* et le manque de formation des professionnels. Les discriminations à travers le langage sont également mises en avant à l'échelle individuelle, aussi bien dans la communication avec les professionnels qu'administrativement.

« [Traduction] Rétrospectivement, j'ai passé plus de temps à éduquer les professionnels de santé qu'à recevoir des soins de leur part. Leur compréhension a été très limitée. Par exemple, il y a quelques années, alors que j'étais très perturbé mentalement et que j'étais hospitalisé pour une tentative de suicide, le personnel m'a dit en gros "Qu'est-ce que tu es ?". Ils ont ensuite enroulé un bracelet autour de mon poignet avec mon nom de naissance et m'ont appelée "elle". » [23]

Un accompagnement validant et personnalisé permettrait de réduire fortement les difficultés d'accès :

« [Traduction] Je suis un homme trans qui vit avec le VIH depuis vingt-cinq ans. J'ai une bonne assurance maladie

et je bénéficie d'excellents soins de santé liés à la transition et au VIH. J'ai accès à un excellent thérapeute qui est un expert des questions de genre et de transition. Tous ces facteurs contribuent à ma survie et à ma réussite. » [25]

Diffusion des savoirs et éducation

Alors qu'Internet reste la source privilégiée d'accès à l'information pour les personnes TGD, l'ensemble des documents fait état de difficultés d'accès à l'information, que ce soit sur la santé, les droits, les recours possibles ou les réseaux associatifs. Au-delà de l'accès à l'information à l'échelle individuelle, les enjeux épistémiques se ramifient également au sein du réseau proche de la personne et de manière générale au niveau sociétal.

La diffusion du savoir dans l'entourage proche est à la fois pointée comme une difficulté et un levier puissant de bien-être. Les difficultés d'accès aux informations pour les personnes TGD seraient d'autant plus impactantes pour la famille et les proches, ce qui devrait motiver le développement de ressources spécifiques. Interagir au quotidien avec des personnes non éduquées sur les personnes TGD renforcerait l'isolement social et la réduction des comportements de santé :

« [Traduction] *Mon fils trans a également été une source merveilleuse de connaissances, m'expliquant toutes sortes de choses lorsque j'ai des questions. J'ai aussi trouvé qu'Internet était une excellente ressource, ainsi qu'un groupe de soutien pour les parents de jeunes trans.* » [23]

Cela amène plusieurs auteurs et autrices à proposer un développement large de l'éducation à la santé des personnes TGD dans les parcours scolaires, mais aussi dans l'ensemble des formations des professionnels de santé concernés, ainsi que des professionnels rencontrant du public afin de pallier les obstacles administratifs. Le manque de formation des professionnels de santé est régulièrement mis en avant comme obstacle au développement d'une littéracie adaptée permettant la prise de décision de santé :

« *Le médecin généraliste qui me prescrivait mes œstrogènes m'a dit que dès la première prise cela me rendrait stérile. Après trois mois de traitement hormonal ma compagne a découvert qu'elle était enceinte.* » [22]

Développement de la recherche

Le manque de formation des professionnels apparaît lié à des difficultés en matière de recherche et de politiques

publiques. Le manque d'études et le caractère indirect des données acquises conduiraient à maintenir une incertitude dans l'information et la prise de décision. En France, un exemple marquant serait l'absence de prise en compte de la santé des personnes TGD dans la réévaluation de l'intérêt des traitements hormonaux faute d'autorisation de mise sur le marché. De plus, la majorité des données produites concernerait davantage des enjeux épistémiques et de pouvoir que des enjeux pratiques, notamment en matière de santé mentale où peu de recherches s'intéressent aux problématiques centrales :

« [Traduction] *Parmi les autres lacunes dans la recherche sur la santé mentale, on note la rareté des études portant sur le trouble de stress post-traumatique ou le stress traumatique, ce qui est surprenant, car de nombreuses personnes transgenres sont victimes de violence et de victimisation.* » [1]

L'absence de distinction entre sexe et genre dans les études sur les déterminants de santé, ainsi que l'exclusion quasi systématique des personnes TGD des recherches non spécifiques concourent à maintenir des zones d'ombre dans la production du savoir scientifique. Il est alors proposé de développer des politiques publiques et de recherche avec la participation active des associations de personnes TGD de manière à définir des axes de recherche pertinent et écologiques :

« [Traduction] *Les organismes de recherche, en particulier dans des domaines tels que le VIH/sida, où l'on sait que les populations trans sont confrontées à d'importantes disparités, devraient systématiquement impliquer des chercheurs et des militants des communautés trans afin de s'assurer que leurs méthodologies de recherche incluent les personnes trans de manière précise et respectueuse.* » [24]

Discussion

Notre synthèse thématique a mis en évidence les enjeux « méta » d'une réforme du système de santé visant à promouvoir la santé des personnes TGD en délimitant cinq cibles d'actions interconnectées par des freins et leviers d'action. Ce travail doit permettre de contribuer aux réformes prochaines dans le but d'assurer leur acceptabilité et leur pertinence. Analyser le contenu de documents militants sur le plan politique interroge nécessairement l'existence potentielle de biais et questionne plus

largement l'interface entre science et politique. Ce d'autant plus que cette recherche a été menée de manière participative à l'initiative d'une chercheuse TGD. En cela, ce travail s'inscrit dans une perspective de santé publique à la recherche d'actions concrètes visant à améliorer la santé de la population des personnes TGD par l'incorporation d'une pluralité de points de vue et d'actions systémiques.

On peut noter que les résultats sont en accord avec les données récentes de la science, tant sur le constat des besoins et iniquités de santé [1], que sur les stratégies à adopter [2, 4]. En cela, même si la forme d'une littérature militante diffère de celle d'une littérature scientifique, un consensus semble se dessiner autour de la dépathologisation des parcours de soins et de leur inscription dans le droit commun et la santé primaire. Ces éléments vont dans le sens de la nécessité d'intégrer les associations et acteurs et actrices de terrain dans la recherche et les prises de décision politiques, dans une position de pouvoir en tant que partenaires chercheuses ou décideuses [1]. La richesse supposée des rapports issus et relayés par le monde associatif [1] semble ici être confirmée et ces données mériteraient d'être approfondies pour l'ensemble des thématiques abordées. La faible quantité de données à disposition sera ici également un enjeu, à la fois dans la synthèse des informations et dans la prise de décision politique qui s'ensuivra.

En l'état, la promotion de la santé des personnes TGD devra prendre en compte à la fois les enjeux de pouvoir, les droits humains fondamentaux et l'insuffisance des données à disposition. Il pourrait s'avérer pertinent pour asseoir la prise de décision d'approfondir davantage les liens entre les positions militantes et la littérature scientifique. En effet, une grande partie des éléments relayés par les associations provient du monde scientifique et, plus que le militantisme des associations, c'est la place de l'idéologie dans la recherche scientifique qui gagnerait à être davantage investiguée. Une piste d'ouverture pourrait également être de recueillir les recommandations des personnes TGD directement, en dehors du monde associatif, afin d'enrichir davantage les connaissances et la compréhension des enjeux de pouvoir à l'œuvre. Dans notre recherche, nous avons également collecté un volume conséquent de documents issus du monde associatif qui ne répondaient pas au formalisme de l'évaluation qualité, mais dont l'analyse sous forme de données qualitatives semble pertinente.

Enfin, on peut remarquer qu'en plus de se conformer aux dernières données de la science, les données issues du monde associatif s'inscrivent dans le développement de stratégies durables de promotion de la santé en ciblant en priorité la gouvernance et le développement de la littéracie et la transmission des savoirs [13, 14]. Une prochaine étape

opérationnelle de transformation de nos systèmes de soins pourrait passer par la capitalisation d'expériences associatives ou collaboratives de terrain, afin de mettre en lumière de potentielles solutions à fortes acceptabilité et faisabilité.

Conclusion

Cette étude illustre que les données issues du monde associatif forment une véritable source de connaissances, complémentaire aux savoirs académiques, qui apporte de fortes validité écologique et acceptabilité. Ces forces peuvent être potentialisées par une approche participative sous-tendue par une méthodologie adaptée. Les modalités académiques de production et d'interprétation des savoirs peuvent participer à une inaction sous-tendue par une incertitude épistémique, d'autant plus quand il s'agit de publics marginalisés ou de domaines peu étudiés.

Pour autant, les besoins de santé des personnes TGD et l'incomplétude des systèmes de soins rendent l'action éthiquement nécessaire. La prise en compte de données de terrain à forte validité écologique doit entrer en résonance avec les données de la science pour appuyer une prise de décision non pas basée sur une plus forte certitude académique, mais sur une cohérence globale de connaissances regroupées autour d'une éthique et d'un cadre législatif communs.

Inclure les personnes concernées et leurs connaissances dans la prise de décision peut donc permettre de lever une partie des obstacles liés à l'action face à l'incertitude et à la controverse. Cette approche peut être transposée à d'autres domaines de la médecine face à l'absence de preuve, qui gagne à s'appuyer sur le travail des personnes concernées et les apports des sciences humaines et sociales.

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Remerciements

Cette recherche a été rendue possible par la libre accessibilité des connaissances et, pour cela, les autrices souhaitent particulièrement remercier les associations Transgender Europe (TGEU), European region of The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA-Europe), Acceptess-T, Association nationale transgenre (ANT), Chrysalide, Clar-T, C'est pas mon genre, Divergenre, En-Trans, Espace Santé Trans' (EST), Ouest Trans, OUTrans, Réseau de santé trans (ReST), RITA, T-Time, Trans 3.0, Trans Inter Action, Trans Posé-e's.

Références

1. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016;388(10042):412-36. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00684-X.
2. Wylie K, Knudson G, Khan SI, Bonierbale M, Watanyusakul S, Baral S. Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet*. 2016;388(10042):401-11. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00682-6.
3. Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, *et al.* Epidemiological considerations in transgender health: a systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgender Health*. 2020;21(2):125-37. DOI: 10.1080/26895269.2020.1753136.
4. Baleige A, de la Chenelière M, Dassonneville C, Martin MJ. Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health*. 2021;7(1):1-6. DOI: 10.1089/trgh.2020.0143.
5. Thorne N, Yip AKT, Bouman WP, Marshall E, Arcelus J. The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *Int J Transgend*. 2019;20(2-3):138-54. DOI: 10.1080/15532739. 2019. 1640654.
6. Cabral Grinspan M, Carpenter M, Ehrt J, Sheherezade Kara S, Narrain A, Patel P, *et al.* The Yogyakarta Principles plus 10: additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta principles. Dartmouth (Canada): Allied Rainbow Communities International; 2017. 27 p.
7. Zeggar H, Dahan M. Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme. Paris : Inspection générale des affaires sociales ; 2011. 107 p.
8. Défenseur des droits. Décision cadre du Défenseur des droits MLD-MSP-2016-164. Paris : 2016. 22 p.
9. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030. Paris ; 2017. 75 p.
10. Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT (Dilcrah). Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023 [Internet]. Paris ; 2020.
11. Askevis-Leherpeux F, Baleige A, Chouchane S, de la Chenelière M, Desmons P, Robles R, *et al.* Towards depsychiatrisation of transgender identity: a French study for ICD-11. *Eur Psychiatry*. 2018;48(S1):S386. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.023.
12. Baleige A, Guernut M. Constructing a new epistemology of transgender persons: impact of gender studies on mental health ideologies. *Implic Philos*. 2021.
13. World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all. Geneva; 2016.
14. Dorey K, O'Connor J (Ed.). The sustainable development goals and LGBT inclusion. London: Stonewall International; 2016. 11 p.
15. Fairclough N. Language and power, 3rd ed. Abingdon, Oxon: Routledge; 2015. 264 p.
16. Rose D. Survivor-produced knowledge. In: Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D (Eds.). This is survivor research. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009. p. 38-43.
17. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique. XVI^e Conférence internationale de management stratégique, Montréal (Canada), 6-9 juin 2007. p. 1-27.
18. Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Med Res Methodol*. 2009;9(1):59. DOI: 10.1186/1471-2288-9-59.
19. Rose D. Participatory research: real or imagined. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(8):765-71. DOI: 10.1007/s00127-018-1549-3.
20. World Bank. World Bank country and lending groups [Internet]. Washington; 2021.
21. United Nations Evaluation Group. UNEG quality checklist for evaluation reports [Internet]. New York (US); 2010.
22. Chrysalide. L'accueil médical des personnes trans: guide pratique à l'usage des professionnels de santé, 2^e édition. Lyon ; 2019. 20 p.
23. Strauss P, Cook A, Winter S, Watson V, Wright Toussaint D, Lin A. Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results. Perth (Australia): Telethon Kids Institute; 2017. 156 p.
24. Open Society Foundations. Transforming health – International rights-based advocacy for trans health. New York (US); 2013. 44 p.
25. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The report of the 2015 U.S. transgender survey. Washington: National Center for Transgender Equality; 2016. 302 p.
26. Gale N. Oppression squared: D/deaf and disabled trans experiences in Europe. Berlin: Transgender Europe; 2017. 76 p.
27. Smiley A, Burgwal A, Orre C, Summanen E, Garcia Nieto I, Vidić J, *et al.* Overdiagnosed but Underserved - Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden: Trans Health Survey. Berlin: Transgender Europe; 2017. 89 p.
28. Karsay D. Trans Healthcare Lottery – Insurance coverage for trans specific healthcare: an overview on the basis of 17 countries in Europe. Berlin: Transgender Europe; 2017.
29. Whittle ST, Turner L, Combs RM, Rhodes S. Transgender EuroStudy: legal survey and focus on the transgender experience of health care. Brussel: ILGA Europe; Berlin:Transgender; 2008. 85 p.

30. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva; 2014.
31. Lambda Legal. When health care isn't caring – Lambda Legal's survey on discrimination against LGBT people and people living with HIV. New York (US); 2010.
32. Mulé NJ, Ross LE, Deeprose B, Jackson BE, Daley A, Travers A, *et al.* Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *Int J Equity Health*. 2009;8(1):18. DOI: 10.1186/1475-9276-8-18.
33. Cahill S, Makadon HJ. Sexual orientation and gender identity data collection update: U.S. government takes steps to promote sexual orientation and gender identity data collection through meaningful use guidelines. *LGBT Health*. 2014;1(3):157-60. DOI: 10.1089/lgbt.2014.0033.
34. Samaritans Ireland. Supporting lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) callers: an introduction for Samaritans volunteers. Dublin; 2010.
35. Health Service Executive (HSE) National Social Inclusion Governance Group. LGBT Health: towards meeting the health care needs of lesbian, gay, bisexual and transgender people. Dublin; HSE; 2010. 130 p.
36. Center for Information and Counseling on Reproductive Health (Tanadgoma). Identifying needs for and accessibility of HIV-related services for transgender individuals in the South Caucasus – Analysis of qualitative research. Tbilisi (Georgia): Tanadgoma ; 2013. 45 p.
37. World Health Organization (WHO). Transgender people and HIV: policy brief. WHO: Geneva; 2015. 34 p.
38. Higgins A, Doyle L, Downes C, Murphy R, Sharek D, DeVries J, *et al.* The LGBTIreland Report: national study of the mental health and wellbeing of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people in Ireland. Dublin: GLEN; BeLonG To; 2016. 310 p.
39. Mayock P, Bryan A, Carr N, Kitching K. Supporting LGBT lives: a study of the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender people. Dublin: GLEN; BeLonG To; 2008. 188 p.
40. Sarma K. Drug use amongst lesbian, gay, bisexual and transgender young adults in Ireland. Dublin: BeLonG To; 2007. 54 p.
41. Delpercio A, Kahn E (Ed.), Sullivan T (Ed.). Healthcare Equality Index 2010 – Creating a national standard for equal treatment of lesbian, gay, bisexual and transgender patients and their families. Washington: Human Rights Campaign Foundation; 2010. 76 p.
42. Schneider MS, Bockting WO, Ehrbar RD, Lawrence AA, Rachlin K, Zucker KJ. Report of the APA task force on gender identity and gender variance. Washington: American Psychological Association: 2009. 106 p.
43. Chrysalide. Réagir face à la transphobie – Guide pratique à l'usage des personnes trans. Lyon ; 2021. 84 p.
44. Chrysalide. Enquête Chrysalide Santé Trans 2011 – Pré-rapport – 20 novembre 2011. Lyon ; 2011. 34 p.
45. OUTrans. Hormones et parcours trans. Paris ; 2017. 64 p.

Communication affichée sur la santé mentale

[pn01] Baleige A, Denis F. Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale.

Poster session presented at: 13e Congrès Français de Psychiatrie, 2021 Dec 1-4; Montpellier, France.

Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale:

Une analyse thématique de la littérature militante

Anna BALEIGE, Frédéric DENIS

*13e Congrès Français de Psychiatrie,
2021 Dec 1-4; Montpellier, France*

Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale

Une analyse thématique de la littérature militante

BALEIGE A.^{1,*}, DENIS F.^{1,2}

1. EA 75-05 Éducation Éthique Santé, Faculté de Médecine, Université François Rabelais Tours, Tours, France.
2. Centre Hospitalier Universitaire de Tours, Université de Nantes, Nantes, France.

* Contact : baleige.a@gmail.com



DÉFINITION DE LA POPULATION CIBLE

Les personnes transgenres

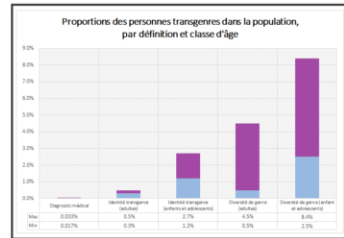
- ☒ une population **hétérogène**
- ☒ **variété** d'identités et d'expressions de genre
- ☒ vécu d'**exclusion sociale** et de **violences**
- ☒ **mauvais indicateurs de santé**
- ☒ **besoins et risques spécifiques**



"ÉPIDÉMIOLOGIE"

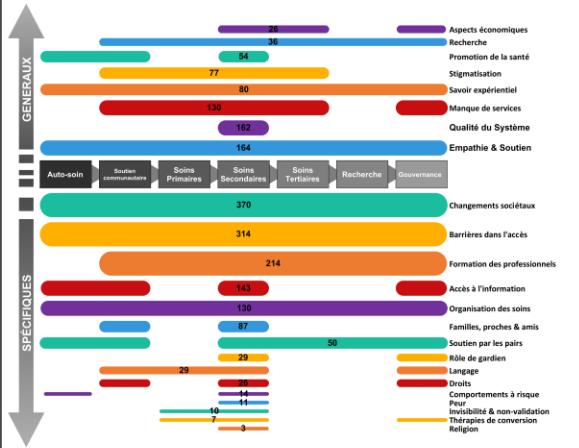
Plusieurs populations à considérer

- ☒ personnes **diagnostiquées**
- ☒ personnes s'identifiant **transgenres**
- ☒ personnes avec une **diversité** d'expression de genre
- ☒ **part importante + croissante** de la population générale
- ☒ **déficit d'accès au système de santé**



RÉSULTATS

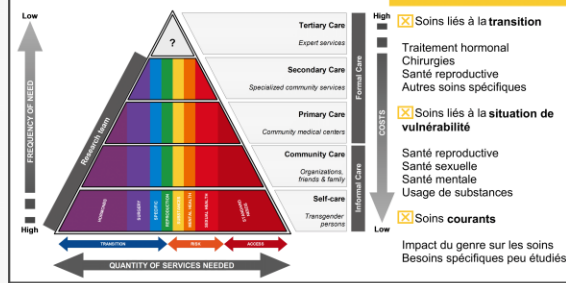
861 données ont été extraites et classées en 23 thèmes permettant une modélisation rendant compte de cibles spécifiques d'action sur le système de santé mentale.



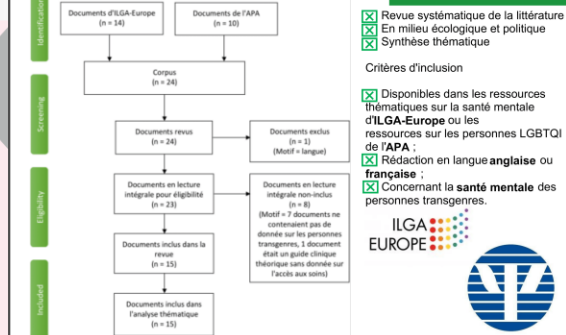
INTERPRÉTATION

- ☒ Les documents provenant du milieu associatif représentent une opportunité d'avoir accès à des données de qualité et écologiques
- ☒ Les résultats semblent transposables à un grand nombre de systèmes de soins occidentaux.
- ☒ L'amélioration de l'accès aux soins passera par des modifications systémiques profondes de notre système social et par la montée en compétence des services de santé mentale.
- ☒ Les soins devraient être coordonnés par la santé primaire et les services devraient inclure des personnes pairs dans leurs organisations.

BESOINS DE SOINS



MÉTHODOLOGIE



PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES TRANSGENRES NÉCESSITE UNE DÉPSYCHOPATHOLOGISATION, UNE RÉORGANISATION ET DES FORMATIONS



RÉFÉRENCES

- Dask, K., & Swenicz, J. (2015). Violence and empowerment psychological support for LGBTQ persons. WARSZAWA, KAMPANIA PRZECIW HOMOFOBII (CAMPAIGN AGAINST HOMOPHOBIA).
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Cornell, T., Hashemi, L., Kisekka, B., ... Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125-137. <https://doi.org/10.1080/20717218.2020.1731338>
- Baleige, A., de la Chénellerie, M., Desseigne, C., & Martin, M.-J. (2021). Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experiments in Lille, France. *Transgender Health*. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonifant, M., Watarayakul, S., & Barak, S. (2016). Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401-411. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00662-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00662-6)
- World Health Organization. (2018). *Promoting Health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration*. In 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 21-24 November 2016. <https://doi.org/10.1177/1042692X16069790>

Résumé, résultats & discussion de mémoire universitaire sur la santé mentale

[m01] Baleige A. Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale : une analyse thématique de la littérature militante [dissertation]. Paris(FR): Université Paris-Diderot; 2020. <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.15694.48964>

Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale :
Une analyse thématique de la littérature militante

Anna BALEIGE

*Diplôme Universitaire Santé sexuelle et Droits humains,
Université Paris-Diderot,
2020.*

RÉSUMÉ [m01]

Introduction.

Les personnes transgenres ont une mauvaise santé mentale et un faible accès aux soins. Ce constat nécessite des transformations de l'organisation des soins. Cette étude a pour but de mettre en évidence des leviers d'actions permettant ces transformations.

Méthodologie.

Nous avons réalisé une revue de la littérature militante et une analyse thématique des documents inclus.

Résultats.

15 documents provenant de l'ensemble des parties prenantes ont été inclus dans l'analyse. 861 données ont été extraites et classées en 23 thèmes permettant une modélisation rendant compte de cibles spécifiques d'action sur le système de santé mentale.

Discussion.

Les résultats semblent transposables à un grand nombre de systèmes de soins occidentaux. L'amélioration de l'accès aux soins passerait par des modifications systémiques profondes de notre système social et par la montée en compétence des services de santé mentale. Les soins devraient être coordonnés par la santé primaire et les services devraient inclure des personnes paires dans leurs organisations.

3. RÉSULTATS

3.1. Documents, données, et thèmes

15 des 24 documents retrouvés ont été inclus dans l'analyse (Figure 8). La liste des documents est disponible en Annexe.

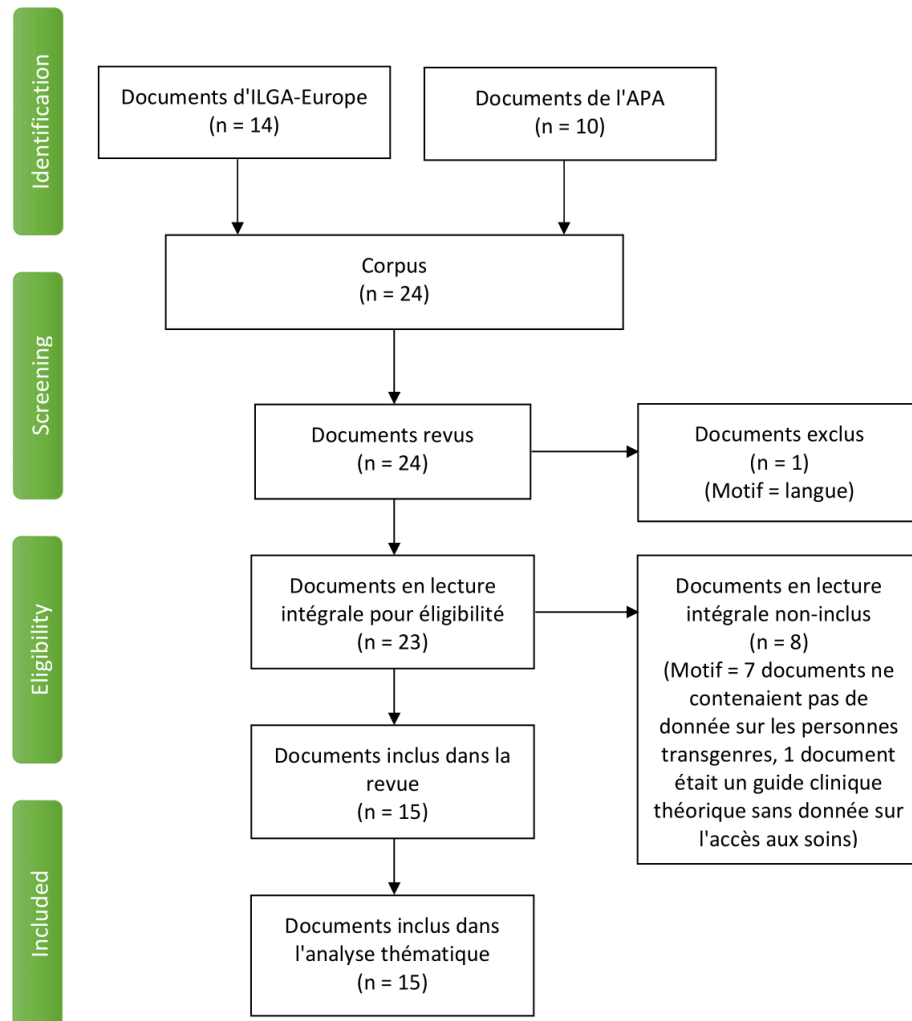


Figure 8. Diagramme de flux des documents inclus dans la revue

Parmi les documents inclus dans l'analyse, 3 émanaient d'institutions, 3 d'associations de personnes LGBTQI, 8 de professionnels de la santé, et 1 de professionnels de la santé et de proches de personnes transgenres. Un document était destiné aux états, 4 au grand public, 5 aux institutions, 2 aux personnes LGBTQI, et 3 aux professionnels. Sur les 15 documents inclus, 3 étaient spécifiques des personnes transgenres.

L'extraction a permis d'isoler 861 données classifiées en 23 thèmes. L'ensemble des thèmes représente des freins et leviers d'action portant sur l'intégralité du système de santé, à savoir l'auto-soin, le soutien communautaire informel, les soins primaires, les services de santé mentale, les services de santé mentale spécialisés, la recherche, et la gouvernance.

3.2. Analyse thématique

LES DROITS (26)

Les droits et modifications législatives portent principalement sur la mise en place d'une base juridique condamnant la discrimination basée sur le genre et l'identité de genre :

[Setting up] a Non-Discrimination Policy that includes sexual orientation, gender identity and gender expression, covering staff and all people receiving services. (60)

Ces modifications juridiques mettent principalement l'accent sur la responsabilité, la nécessité de rendre des comptes et la facilitation des recours à la fois juridiques, mais aussi directement auprès des institutions :

Establish mechanisms for consumers, families, providers and staff to report violations of the non-discrimination and anti-conversion therapy policies. Provide for systematic follow-up of any alleged violations and a continuous feedback loop by which data regarding violations are reported. (60)

LES ASPECTS ÉCONOMIQUES & FINANCIERS (26)

Les aspects économiques et financiers couvrent à la fois le coût important des soins, souvent lié à devoir rencontrer un nombre important de professionnels avant d'en trouver un compétent, et sur le manque de financements des initiatives de soutien par les pairs :

Extremely expensive, I couldn't continue going back in for checkups after three appointments. The psychiatrist himself was lovely and understanding. (43)

Others felt that there was also a need to direct additional resources to LGBTI specific groups and supports; not least because the LGBTI community are regarded as having distinct needs and experiences that require LGBTI affirmative knowledge, skill, and competency, in addition to empirically supported LGBTI affirmative interventions. (61)

LES CHANGEMENTS SOCIÉTAUX (370)

Les transformations sociales sont quasi-exclusivement centrées sur la lutte contre les discriminations et la cisnormativité :

Additionally, promoting trans inclusivity and taking a firm stance against discrimination and transphobia is vital. (43)

Clearly display a non-discrimination policy (that explicitly includes discrimination based on sexual orientation and gender identity) and a policy for reporting discrimination. (62)

LA RELIGION (3)

Trois données mentionnent le rôle de la religion et notamment d'une indépendance des systèmes éducatifs et de santé :

It was suggested that the provision of education from a young age about LGBTI identities, devoid of Catholic-influenced thinking, could help to create more awareness of LGBTI, normalise it and promote coming out supports to young people. Schools, in particular, were again identified as being well placed to play a vital role in educating young people by facilitating LGBTI mental health campaigns, inviting LGTBI organisations to provide talks. (61)

LA STIGMATISATION DE LA SANTÉ MENTALE (77)

La stigmatisation de la santé mentale apparaît à la fois comme frein d'accès aux services pour éviter la double stigmatisation transgenre/problème de santé mentale, et comme cible d'action des politiques publiques :

A few participants also expressed concerns that disclosing a mental health problem would have negative implications for their family life and parenting. One participant was concerned that the stigma associated with mental illness would cast aspersions on their ability to parent, while another participant was fearful of the health services intervening to take their child into care. (61)

Many of the participants felt that promoting the universality of mental health well-being could help reduce the stigma attached to mental health difficulties. (61)

L'AUTO-SOIN & LES COMPORTEMENTS À RISQUE (14)

Les comportements à risques portent principalement sur leur emploi en auto-soin pour faire face au rejet et au mal-être, mais aussi comme moyen d'accès aux services de santé. Ceux-ci incluent les comportements auto-agressifs et suicidaires, ainsi que les consommations de produits :

I was about 16 and very unhappy, I didn't know how to talk about it and it released the sadness from me for a while. It also gave me a physical manifestation of the pain I felt which was easier to deal with and accept

then. And I was able to look after the physical cuts which gave me comfort, whereas I didn't know how to look after the mental pain. (61)

Some participants described not wanting to, or not being able to, ask for help when feeling distressed. In these situations, self-harm was a means to communicate to the outside world that they were in distress and needed help. (61)

L'AUTO-SOIN & LA PROMOTION DE LA SANTÉ (54)

Les comportements positifs de santé portent sur l'ensemble des stratégies de santé, y compris l'accès à l'information, le contact social et la pratique de l'exercice physique et de techniques de relaxation, notamment la musique :

Educate yourself about transgender issues by reading books, attending conferences, and consulting with transgender experts. (63)

Keep in contact. Friends are important, so it's good to keep up contact with them. This is especially true at those times when you don't feel like being in touch with anyone. (64)

Music is my life, that is my #1 guideline for safety and self reassurance, heavy metal because the singer screams and I feel I can relate to the song and scream it out with the singer. (43)

LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL (80)

De nombreux témoignages portent sur leur apprentissage du système de santé qui témoignent de ce qu'ils ont appris de leur expérience d'usagers des services et de ce qui aide et n'aide pas :

Peer led safe spaces make me feel better because there are other people who I can share my experiences with and listen to their experiences, and we can rally together to make change. (43)

Mental health workers often put on how advanced, knowledgeable, OK they are with GLBT and HIV topics, but if you scratch the surface at all you find they don't know much, they really aren't comfortable with it, and they don't want to deal with it – with others' issues or their own. They're just trying to appear sensitive without really being so. (48)

LE SOUTIEN PAR LES PAIRS (50)

Cinquante données mentionnent le soutien par les pairs LGBTQI à la fois dans les soins informels communautaires et dans les services de santé :

Even if I don't attend a lot, trans groups are amazing spaces just to see other people's stories and identities. Everyone transitions and exists in different ways, so it is amazing to be able to see that. (43)

The employment of LGBTI mental health professionals was also advocated by a few participants as it was felt that they would receive greater understanding from peers. (61)

LA FAMILLE, LES PROCHES & LES AMIS (87)

L'entourage familial et amical apparaît à la fois comme une ressource et une source de rejet :

I love spending time with my family. They mean a lot to me and I just enjoy being around them. They support me and just let me be me. (43)

Some LGBT people can experience a lack of support from family and friends. (65)

LE LANGAGE (29)

L'adaptation du langage, à la fois parlé et dans les documents officiels est mise en avant comme une action simple permettant de rendre les services et institutions inclusives. Cela réfère principalement au respect du choix des pronoms et à l'emploi de termes neutres en l'absence de connaissance du genre de la personne :

Use names and pronouns that are appropriate to the person's gender presentation and identity; if in doubt, ask. (63)

L'ACCÈS À L'INFORMATION (143)

Le manque d'information et la nécessité de disposer de ressources fiables et accessibles est mis en avant pour l'ensemble du système de santé. Souvent, ce sont les personnes transgenres qui doivent former les professionnels, ajoutant un fardeau supplémentaire à leurs problèmes et réduisant le temps de soins effectifs dont elles bénéficient :

We started off privately and later got referred to public, child youth mental health service after a visit to emergency room. It was good to access free services but it meant seeing different people and not all of them took the time to learn how to treat trans patients. Sometimes I had to inform the people we were seeing because they didn't have knowledge about young trans patients. (43)

LA FORMATION DES PROFESSIONNELS (214)

Après les changements sociétaux, 214 données mentionnent la nécessité de former les professionnels de santé sur le fonctionnement du système de soins et les besoins des personnes transgenres. Les formations par des personnes transgenres sont mises en avant :

I felt our GP is kind and understanding and helps in the best way they can. I feel there is probably not enough information out there for GPs. Our GP was unsure about where to send us for assistance hence we have ended up going privately to the psychiatrist/psychologist and endocrinologist. (43)

Provide LGBT awareness training for staff as this can build their capacity to best meet the needs of LGBT service users. (66)

L'EMPATHIE & LE SOUTIEN (164)

Malgré le manque d'information et de formation, 164 données mentionnent positivement l'attitude des professionnels de santé qui manifestent intérêt, empathie et soutien :

So I was hesitant when I was referred to another youth counselling service, but this one has helped me more than I can describe. (43)

Here in San Francisco...we're fortunate to have a pool of sensitive or at least interested practitioners to draw from in discharge planning and community services for people leaving [our unit]. (48)

LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ (162)

De même, 162 données mettent en avant la qualité des soins reçus, mais aussi la nécessité de proposer des soins de qualité avec des délais raisonnables :

The psychiatrist was very supportive and did a lot of good for my son. (43)

The delay in being able transition has been a major problem. His life has been on hold. Wishing your child could just get his breasts cut off must be one of the most bizarre desires a parent could have. (43)

L'ORGANISATION DES SOINS (130)

Les délais d'accès aux soins et le manque de connaissance des parcours de soins apparaît comme un frein :

Assure access to appropriate clinical resources in a timely manner regardless of geography, language or hearing impairment, employing the use of appropriate technology to reach underserved populations. (60)

LE MANQUE DE PROFESSIONNELS & DE SERVICES (130)

La rareté des professionnels empathiques et formés majore le manque de services adaptés et accessibles :

There needs to be more psychiatrists/psychologists in [capital city] who can help us. The few who do are swamped with patients. (43)

Indeed, a couple of participants' experiences of trying to access services resulted in failure, as healthcare professionals were unable to provide access to the help they required. (61)

LES BARRIÈRES DANS L'ACCÈS AUX SERVICES (314)

De très nombreuses personnes rapportent ne pas avoir pu administrativement ou logistiquement avoir accès aux services, voire se sont fait refuser les soins :

The participant could not identify a service either willing or able to meet their specific needs.

Many services are not open to non-binary people, as they only allow people to list that they are either male or female. (43)

LA PEUR (11)

Elle concerne l'accès aux services de soins et fait le lien entre la crainte d'une stigmatisation supplémentaire, la crainte des solutions proposées et la crainte de ne pas pouvoir être soi-même ou d'être outé :

A few participants also expressed fears about the consequences of accessing services. Fears of inappropriate and/or adverse treatments being foisted upon them. (61)

L'INVISIBILITÉ & LA NON-VALIDATION (10)

Plusieurs personnes relatent la non-prise en compte de leur identité de genre dans leur problématique de santé mentale, la perception qu'elle est la cause de leurs problèmes, ou encore des injonctions de conformer aux normes de genre :

[Professionals] who instead correlated their gender identity with the causation or symptom of their mental distress. (61)

Rigid gender roles are common in mental health programs, and LGBT people are often pressured to conform to mental health providers' ideas of "women" or "men". (48)

LE RÔLE DE GARDIEN (29)

Le rôle des professionnels de santé mentale de donner l'accès à la transition médicale associé à leur manque de connaissance participe à leur mauvaise image :

Participants felt psychiatrists were simply 'gatekeepers'. (43)

They felt that decisions regarding their access to transition services were made on the basis of the knowledge and opinions of the mental health professionals, rather than acknowledging the experiences and feelings of the transgender person. A number of mechanisms were suggested to address these concerns. (61)

LES THÉRAPIES DE CONVERSION (7)

Le recours affiché aux thérapies de conversion est globalement condamné, même si plusieurs aspects insidieux d'invalidation et de normalisation les évoquent fortement :

Gender reparative therapies (therapies that attempt to force young people to accept the sex assigned to them at birth) are unethical and can be damaging. (43)

LA RECHERCHE (36)

Le manque de recherche sur les besoins et les parcours de soins, et le manque de participation des personnes transgenres dans la recherche est régulièrement interrogé :

Most of the research on trans mental health and wellbeing involves participants from clinics and other services, rather than community-based populations. (43)

It has been argued that research involving trans young people needs to include people who are under the age of 18 given that the mental health issues of trans young people often coincide with the onset of puberty, and that psychological distress is more likely at younger ages. (43)

3.3. Modélisation

La Figure 8 présente une modélisation des résultats de l'analyse thématique. Les thèmes sont présentés suivant leur niveau d'impact sur le système de santé mentale présenté en Figure 5. La modélisation présente les poids respectifs de chaque thème et différencie ceux spécifiques aux personnes transgenres et ceux généraux partagés par le reste de la population générale mais potentialisés dans la situation des personnes transgenres.

On remarque que l'ensemble des thèmes impacte directement les services de santé mentale et se ramifient dans le reste du système de soins de santé mentale.

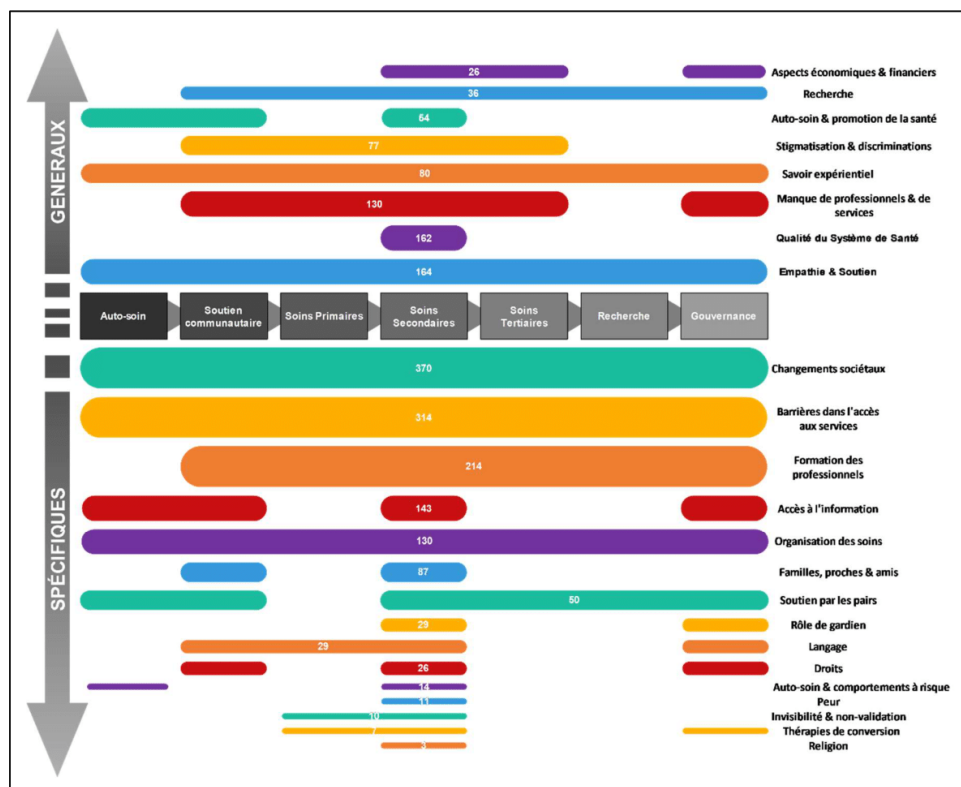


Figure 9. Modélisation des résultats de l'analyse thématique

4. DISCUSSION

4.1. Forces et limites de l'analyse

La méthodologie d'analyse thématique appliquée à ce corpus a permis de faire ressortir un nombre important de données. De plus, une grande partie des résultats concorde entre les différentes sources, les parties prenantes autrices, et les publics visés. Pour autant, il apparaissait vraisemblable que les points de vue et opinions des différentes parties prenantes divergent sur un même thème. Comme anticipé, l'hétérogénéité du corpus n'a pas permis de tester d'hypothèse à cet égard. Pour autant, l'appréciation de l'évaluateur est que, contrairement à ce qui a été anticipé, la quasi-totalité des parties prenantes partagent la même opinion sur les freins et leviers d'action visant à faciliter l'accès des personnes transgenres au système de soins de santé mentale. Ceci peut s'expliquer en partie par les constats sans équivoques des données épidémiologiques faisant état d'un mauvais état de santé mentale (43, 44) et d'un faible recours aux soins avec un taux de satisfaction encore plus faible (43, 44). On peut noter que ces concordances dépassent les clivages épistémiques entre essentialisme et constructivisme, rendant compte de l'urgence d'intervenir en faveur de l'accès aux soins pour ces personnes.

Concernant l'évaluation de la santé mentale, on note un très fort recours aux classifications médicales, avec une hétérogénéité d'emploi entre le DSM et la CIM. De plus, les comportements à risque comme les comportements auto-agressifs, les éléments suicidaires et les consommations de produits apparaissent systématiquement groupés avec les diagnostics de "maladie mentale". Pourtant, les personnes transgenres décrivant ces comportements mettent clairement en avant leurs rôles à la fois de santé dans la gestion du stress et systémique dans la facilitation de l'accès aux soins. Cette approche dénote l'ubiquité dans nos sociétés de la pathologisation des réponses normales au stress (67), notamment par les professionnels de la santé mentale, et participe du même mécanisme que la pathologisation des identités de genre.

Enfin, certains éléments mis en évidence semblent liés au contexte socio-culturel dans lequel le document a été rédigé, à l'image de la place de la religion catholique dans la culture et l'organisation du système de soins irlandais. Il serait pertinent d'interroger si ces éléments sont transposables dans le système de soins formels français, même s'ils sont probablement

présents dans d'autres systèmes communautaires comme le système éducatif. De même, un impact indirect pour les personnes transgenres des soins payants est l'augmentation du coût global de la santé. Ces freins financiers auxquels font face les personnes devant recourir à un grand nombre de professionnels avant d'en trouver un compétent pour leur situation sont un reflet direct des choix de politiques publiques en matière de santé. S'ils peuvent être transposés au système français, notamment dans l'accès aux chirurgies, ils n'apparaissent que peu applicable au système de santé mentale public qui n'est pas tarifié à l'acte.

4.2. Incompétence des services de santé mentale

Les résultats mettent en évidence une scission entre des freins généraux applicables à l'ensemble de la population et des freins spécifiques aux personnes transgenres. L'emploi des mesures coercitives, l'absence de respect du consentement et les conséquences sociales de l'étiquette de "maladie mentale" sont des freins systémiques connus d'accès aux services de santé mentale formels (68). Cependant, ils semblent potentialiser les freins spécifiques des personnes transgenres à avoir recours aux services.

Si l'empathie et l'attitude de non-jugement sont une source de satisfaction, l'invisibilisation des enjeux de l'identité de genre et les absences de connaissance sur ses spécificités et de prise en compte du contexte social apparaissent comme une source de non-satisfaction des personnes transgenres usagères des services. Ces éléments alimentent les critiques déjà nombreuses du modèle biomédical et œuvrent en faveur du développement de l'approche psycho-sociale basée sur la compréhension des mécanismes sociaux spécifiques à la personne, son histoire et ses projets individuels.

L'absence de sensibilisation, de compréhension et de formation à l'accompagnement des personnes transgenres couplés au recours à un modèle biomédical simpliste semble amener les professionnels à pathologiser les variations de genre. Au-delà de la sensation de rejet, des interrogations identitaires et de l'éloignement des soins que cela semble provoquer chez les personnes, les données extraites mettent en évidence que cette attitude amène les professionnels à vouloir cisnormaliser les variations de genre, au risque d'improviser des

approches thérapeutiques de conversion, pourtant largement condamnées comme contraires à l'intérêt des personnes et à leurs droits fondamentaux (69).

4.3. Enjeu d'organisation des soins

Les besoins de soins importants, la forte demande et l'éparpillement géographique des personnes transgenres ne semblent pas en faveur du développement de services de santé mentale tertiaires spécialisés qui semble pourtant donner satisfaction aux personnes usagères. En effet, leur coût important ne permettrait pas de répondre de manière satisfaisante aux demandes. De plus, aucune donnée n'a mis en évidence la nécessité d'une approche hyperspécialisée pour leur santé mentale. De plus, le rôle de gardien qu'occupe la psychiatrie semble être un autre élément contribuant à l'exclusion des personnes transgenres du système de soins de santé mentale. L'enjeu majeur d'organisation des soins semble être de développer l'accessibilité des services de droit commun coordonnés par le médecin généraliste. Cela demande une réorganisation des parcours de soins formels dans lesquels les services de santé mentale ne seraient plus la porte d'entrée dans les soins mais joueraient leur rôle de soutien à la médecine primaire, fournissant des évaluations et thérapeutiques spécialisées.

Si cette approche est davantage coût-efficace, elle nécessite une volonté politique de la part des organes de gouvernance pour mettre en place une dynamique de promotion de la santé. Cela passerait par la formation des professionnels de santé mentale aux enjeux spécifiques auxquels font face les personnes transgenres. Les données mettent régulièrement en avant la pertinence des pairs dans l'accompagnement, que ce soit dans les soins informels ou formels. En plus du soutien financier des organisations informelles, l'intégration dans les services de santé de personnes transgenres formées apparaît comme une piste prometteuse de transformation du système à moindre coût. Elles pourraient assurer le double rôle de faciliter l'accès en développant un environnement *trans-friendly* et participeraient à l'information et au changement de culture professionnelle des services. Ces dynamiques ont déjà été observées avec l'emploi de travailleurs pairs dans d'autres domaines, notamment celui des médiateurs de santé-pairs dans les services de santé mentale (70).

Le développement de la participation des personnes transgenres à l'organisation des systèmes de soins et à leur transparence est également mis en avant et concorde avec les données connues sur la participation des personnes usagères aux systèmes de santé et l'impact sur la sécurité des soins (14). L'idée de développer un label garanti par les communautés transgenres et basés sur les retours des personnes usagères est également un point pertinent de transformation du système de santé à moindre coût.

Enfin, un élément qui a été peu discuté est le recours important aux traitements psychotropes et l'impact inconnu que les modifications corporelles qu'ils occasionnent (prise de poids, perte de libido, troubles sexuels, galactorrhées, hyperprolactinémie et développement mammaire, ...) peuvent avoir sur la santé des personnes transgenres pour lesquelles il est vraisemblable de penser que ces éléments, déjà déstabilisant en population générale, auraient un effet amplifié.

5. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence un nombre important de leviers d'action permettant l'amélioration de l'accessibilité des personnes transgenres aux soins de santé mentale. Bien que des transformations systémiques globales semblent nécessaires, l'analyse thématique peut servir de base à un plan d'action local à l'échelle d'un territoire, d'une association ou d'un service. L'inclusion de documents provenant de différentes parties prenantes est également garante d'une forte applicabilité pratique.

Ces résultats pourraient également faciliter une prise de conscience des difficultés auxquelles font face les personnes transgenres dans le système de soins. En cela, ils contribueraient à une plus grande visibilité et prise en compte dans les politiques publiques. Les résultats mettent en effet en avant le rôle majeur de l'organisation des soins sur la santé des personnes. En l'attente d'un changement sociétal, ce travail doit servir de base à des initiatives locales qui devront faire l'objet de documentation et d'évaluation, incluant des analyses médico-économiques et de transformation de l'organisation des systèmes de soins.

RÉFÉRENCES

1. DUŁAK, K. et ŚWIERSZCZ, J. *Violence and empowerment psychological support for LGBTQ persons*. WARSZAWA : KAMPANIA PRZECIW HOMOFOBII (CAMPAIGN AGAINST HOMOPHOBIA), 2015. ISBN 9788393361915.
2. NATIONAL CENTER FO TRANSGENDER EQUALITY. *Frequently Asked Questions About Transgender People*. 2016.
3. STOLLER, Robert J. *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. New York City : Science House, 1968.
4. LEV, Arlene Istar. *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working With Gender-Variant People and Their Families*. The Howorth Clinical Practice Press; 1st edition, 2004. ISBN 978-0789021175.
5. BUTLER, Judith. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London, 1990. ISBN 978-0415389556.
6. FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité*. 1978.
7. INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS. *Yogyakarta principles: the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity* [en ligne]. 2007. Disponible à l'adresse : <https://yogyakartaprinciples.org/>
8. ANGEL, Buck. Post Instagram du 29 octobre 2018. [en ligne]. 2018. [Consulté le 23 août 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.instagram.com/p/BphtFRFn5hg/>
9. FAIRCLOUGH, Norman. *Language and power*. 1st. Longman, 1989. ISBN 9781138790971.
10. GUERNUT, Mathilde. *Stance épistémique , savoir expérientiel et injustice épistémique en santé mentale - Analyse critique d'un corpus de TED Talks*. Université de Lille, 2019.
11. GETTIER, Edmund L. Is Justified True Belief Knowledge? *Analysis*. juin 1963. Vol. 23, n° 6, pp. 121. DOI 10.2307/3326922.
12. BAUER, Markus et TRUFFER, Daniela. *Intersex Genital Mutilations: Human Rights Violations Of Children With Variations Of Reproductive Anatomy*. 2020.
13. HALBERSTAM, Jack. *Gaga Feminism: Sex, Gender, and the End of Normal*. Beacon Press, 2013. ISBN 978-0807010976.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patients for Patient Safety. [en ligne]. 2006. [Consulté le 30 octobre 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. 1946.
16. BALEIGE, Antoine. Face aux problèmes de santé physique en psychiatrie. *Santé Mentale - Hors Série Août 2020*. 2020. pp. 36-41.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health Action Plan for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions*. 2005.
18. GUERNUT, Mathilde et BALEIGE, Antoine. Crise environnementale et santé mentale : nouveaux enjeux épistémiques, nouvelles approches. *Amnis*. 2020. pp. Under Review.
19. BALEIGE, Antoine. *L'enfermement psychiatrique, entre liberté, santé, et dangerosité - Analyse critique de son articulation à la totalité du système social français - Version Originale*. 2019.
20. UNITED NATIONS - HUMAN RIGHTS COUNCIL. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - A/HRC/35/21*. 2017.

21. HOLLEY, Lynn C., STROMWALL, Layne K. et BASHOR, Kathy H. Reconceptualizing Stigma: Toward a Critical Anti-Oppression Paradigm. *Stigma Research and Action*. 2012. Vol. 2, n° 2, pp. 51-61.
22. UNITED NATIONS - HUMAN RIGHTS COUNCIL. *Santé mentale et droits de l'homme - A/HRC/39/36*. 2018.
23. UNITED NATIONS. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*. 2006.
24. UNITED NATIONS - HUMAN RIGHTS COUNCIL. *Santé mentale et droits de l'homme - A/HRC/34/32. United Nations*. 2017.
25. FRICKER, Miranda. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Clarendon. 2007. ISBN 978-0-19-823790-7.
26. BORKMAN, Thomasina. Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups Thomasina. *Social Service Review*. 1976. Vol. 3, n° 50, pp. 445-456.
27. RASHED, Abouelleil Mohammed. *Mad Activism & Mental Health Practice*. 2018.
28. FARBER, Seth. *The spiritual gift of madness : the failure of psychiatry and the rise of the mad pride movement*. Inner Traditions, 2012. ISBN 159477448X.
29. DUBRUL, Sascha Altman. The Icarus Project: A Counter Narrative for Psychic Diversity. *Journal of Medical Humanities*. 2014. Vol. 35, n° 3, pp. 257-271. DOI 10.1007/s10912-014-9293-5.
30. CURTIS, Theodore R., DELLAR, Robert, HATHAWAY, Julie, LESLIE, Esther, MONSTERSMITH, Cat, MOUNT, Penny, WATSON, Ben et MAD PRIDE (ORGANISATION : LONDON, England). *Mad Pride : a celebration of mad culture*. Spare Change Books, 2000. ISBN 095257442X.
31. KUDRYASHOV, Luke, DEWOLFE, Kaz et STOHLMANN-RAINEY, Jess. *Leading Mad Lives*. 2018.
32. GOFFMAN, Erving. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. 1968. ISBN 2707300837.
33. VON BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle. Les soins contraints en psychiatrie et la question de l'intervention du juge : héritages, enjeux, débats (1838-1990). In : *Les soins psychiatriques sans consentement*. 2015. pp. 41-58.
34. KHOURY, Bassam, LANGER, Ellen J. et PAGNINI, Francesco. The DSM: mindful science or mindless power? A critical review. *Frontiers in Psychology*. 17 juin 2014. Vol. 5. DOI 10.3389/fpsyg.2014.00602.
35. AZÉMA, Jean-Pierre. *Mission sur le drame que les personnes handicapées mentales ou malades psychiques ont connu dans les hôpitaux psychiatriques et les hospices français entre 1941 et 1945*. 2015.
36. VON BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle. Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*. 2002. Vol. 76, n° 4, pp. 99. DOI 10.3917/ving.076.0099.
37. LABEY, M. et NOËL, C. Les soins sans contrainte: Politique d'organisation d'un pôle de psychiatrie intégré dans la cité. *Information Psychiatrique*. 2017. Vol. 93, n° 7, pp. 563-567. DOI 10.1684/ipe.2017.1672.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION et WONCA. *Integrating mental health into primary care*. 2008. ISBN 978 92 4 156368 0.
39. HOOD, Carlyn M., GENNUSO, Keith P., SWAIN, Geoffrey R. et CATLIN, Bridget B. County Health Rankings: Relationships between Determinant Factors and Health Outcomes. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016. Vol. 50, n° 2, pp. 129-135. DOI 10.1016/j.amepre.2015.08.024.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all*. 2016.
41. BALEIGE, Antoine, DAUMERIE, Nicolas et DEFROMONT, Laurent. Reshaping Community Mental Health Services during the COVID-19 Epidemic - Report from the 59G21 Service in Lille, France. *Health Services Insights*. 2020. pp. In Press. DOI 10.1080/17522439.2020.1807591.

42. COLDEFY, Magali et TAROUR, Tonya. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé*. 2015.
43. STRAUSS, Penelope, COOK, Angus, WINTER, Sam, WATSON, Vanessa, WRIGHT TOUSSAINT, Dani et LIN, Ashleigh. *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results*. Telethon K. Perth, Australia, 2017. ISBN 9780648129707.
44. ASKEVIS-LEHERPEUX, Françoise, DE LA CHENELIÈRE, Marie, BALEIGE, Antoine, CHOUCANE, Sarah, MARTIN, Marie-Jeanne, ROBLES-GARCÍA, Rebeca, FRESÁN, Ana, QUACH, Alexandre, STONA, Anne-Claire, REED, Geoffrey et ROELANDT, Jean-Luc. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *European Psychiatry*. juin 2019. Vol. 59, pp. 8-14. DOI 10.1016/j.eurpsy.2019.03.005.
45. CAMPBELL, Megan M, FRESÁN, Ana, ADDINALL, Ronald M, BÖHMKE, Werner, GROBLER, Gerhard P, MARAIS, Adele, WILSON, Don, STEIN, Dan J, REED, Geoffrey M et ROBLES, Rebeca. Experiences of gender incongruence and the relationship between social exclusion, psychological distress, and dysfunction among South African transgender adults: A field-study for ICD-11. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. août 2018. Vol. 30, n° 3, pp. 168-174.
46. ROBLES, Rebeca, FRESÁN, Ana, VEGA-RAMÍREZ, Hamid, CRUZ-ISLAS, Jeremy, RODRÍGUEZ-PÉREZ, Victor, DOMÍNGUEZ-MARTÍNEZ, Tecelli et REED, Geoffrey M. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3, n° 9, pp. 850-859. DOI 10.1016/S2215-0366(16)30165-1.
47. KHOURY, Brigitte, KHOURY, Joseph El, ORELLANA, Ana Fresán, DAOUK, Sariah, RAMADAN, Zeina, REED, Geoffrey M, ROBLES, Rebecca, KHOURY, Brigitte, KHOURY, Joseph El, ORELLANA, Ana Fresán, DAOUK, Sariah, RAMADAN, Zeina, REED, Geoffrey M, ROBLES, Rebecca, ICD-, The, KHOURY, Brigitte, EL, Joseph et FRES, Ana. The ICD-11 classification of gender incongruence of adolescence and adulthood : adequacy among transgender people in Lebanon. *Culture, Health & Sexuality*. 2020. Vol. 0, n° 0, pp. 1-12. DOI 10.1080/13691058.2019.1692907.
48. LUCKSTED, A. *Experiences of LGBT People with Serious Mental Illnesses: Raising Issues*. 2000.
49. NADAL, Kevin L., WHITMAN, Chassitty N., DAVIS, Lindsey S., ERAZO, Tanya et DAVIDOFF, Kristin C. Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *The Journal of Sex Research*. 3 mai 2016. Vol. 53, n° 4-5, pp. 488-508. DOI 10.1080/00224499.2016.1142495.
50. ROOD, Brian A., REISNER, Sari L., SURACE, Francisco I., PUCKETT, Jae A., MARONEY, Meredith R. et PANTALONE, David W. Expecting Rejection: Understanding the Minority Stress Experiences of Transgender and Gender-Nonconforming Individuals. *Transgender Health* [en ligne]. 2016. Vol. 1, n° 1, pp. 151-164. DOI 10.1089/trgh.2016.0012. Disponible à l'adresse : <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2016.0012>
51. ILGA-EUROPE. Come Out For Mental Health 2017. [en ligne]. 2017. Disponible à l'adresse : <https://ilga-europe.org/mentalhealth>
52. DRESCHER, Jack. Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*. 2015. Vol. 5, n° 4, pp. 565-575. DOI 10.3390/bs5040565.
53. ESQUIRROL, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Volume 1* [en ligne]. Arno Press, 1838. Disponible à l'adresse : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k85089d.image>
54. VON KRAFFT-EBING, Richard. *Psychopathia Sexua - 8th edition*. Project Gu. 1895.
55. HIRSCHFELD, Magnus. *Die Transvestiten*. Pulvermacher, 1910.
56. BENJAMIN, Harry. Transsexualism and Transvestism—A Symposium. *American Journal of Psychotherapy*. 1954. Vol. 8, n° 2, pp. 219-230. DOI 10.1176/appi.psychotherapy.1954.8.2.219.
57. KOH, Jun. [The history of the concept of gender identity disorder]. *Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria*

et neurologia Japonica. 2012. Vol. 114, n° 6, pp. 673-680.

58. DE LA CHENELIÈRE, Marie. De patient à chercheur : parcours d'empowerment autour de la transidentité. *L'information psychiatrique*.
59. BRAUN, Virginia et CLARKE, Victoria. *Using thematic analysis in psychology* [en ligne]. 2006. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
60. PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE OFFICE OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE SERVICES. *Issues of Access to and Inclusion in Behavioral Health Services for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioning and Intersex Consumers*. 2009.
61. HIGGINS, Agnes, DOYLE, Louise, DOWNES, Carmel, MURPHY, Rebecca, SHAREK, Danika, DEVRIES, Jan, BEGLEY, Thelma, MCCANN, Edward, SHEERIN, Fintan et SMYTH, Siobhain. *The LGBTIreland Report: national study of the mental health and wellbeing of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people in Ireland*. Dublin. : GLEN and BeLonG To, 2016. ISBN 9780956102386.
62. NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS. Multicultural Action Center: Identity and Cultural Dimensions - LGBTQI. .
63. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Answers to Your Questions: About transgender people, gender identity, and gender expression*. 2011.
64. GAY AND LESBIAN EQUALITY NETWORK et MACRA NA FEIRME. LGBT People in Rural Ireland: Promoting Positive Mental Health. . 2013. pp. 6.
65. NATIONAL OFFICE FOR SUICIDE PREVENTION OF THE HEALTH SERVICE EXECUTIVE, GAY AND LESBIAN EQUALITY NETWORK et BELONG TO. *Look After Yourself: Look After Your Mental Health*. 2010. CIBC fees
66. GAY AND LESBIAN EQUALITY NETWORK. Lesbian, gay, bisexual and transgender service users: Guidance for staff working in mental health services. . 2013. This guide provides staff working in mental health services with information to assist them in their day to day interactions with lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people availing of services.
67. SZASZ, Thomas. *The medicalization of everyday life : selected essays*. Syracuse University Press, 2007. ISBN 0815608675.
68. GOODING, Piers, MCSHERRY, Bernadette, ROPER, Cath et GREY, Flick. *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings : A Literature Review*. 2018.
69. POLLECOFF, M., REEVES, A., MORGAN, H., SWAINE, T., PARKINSON, V., RUDDLE, A., DAVIS, D., SADDINGTON, P., GALE, N., WILLIAMS, C., MATHERS, N., KEOGHT, B. et CALDERWOOD, C. *Memorandum of Understanding on Conversion Therapy in the UK* [en ligne]. 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.psychotherapy.org.uk/wp-content/uploads/2017/10/UKCP-Memorandum-of-Understanding-on-Conversion-Therapy-in-the-UK.pdf>
70. STAEDL, Bérénice et ROELANDT, Jean-Luc. *L'expérimentation des médiateurs de santé/pairs: Une révolution intranquille*. Doin. 2016. ISBN 978-2-7040-1472-9.

Communication affichée sur la santé reproductive

[pi04] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Behaviors and challenges for transgender people accessing reproductive health: a systematic review of activist literature. Poster session presented at: 23rd ESSM Congress, 2022 Feb 16-18; Rotterdam, Netherlands.

Behaviors and challenges for transgender people accessing reproductive health:

A systematic review of activist literature

Anna BALEIGE, Mathilde GUERNUT, Frédéric DENIS

*23rd European Society for Sexual Medicine Congress,
2022 Feb 16-18, Rotterdam, Netherlands.*

Behaviors and challenges for transgender people accessing reproductive health

A systematic review of activist literature

BALEIGE A.^{1,*}, GUERNUT M.², DENIS F.^{1,3}

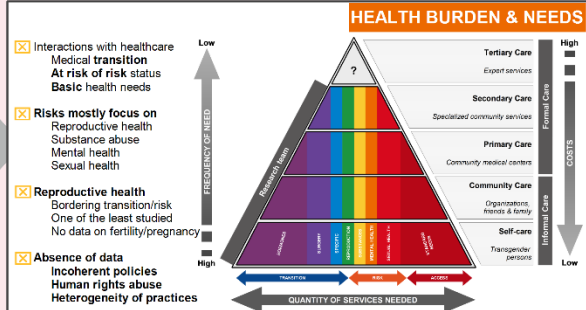
1. EA 75-05 Education Ethique Santé, Faculté de Médecine, Université François Rabelais Tours, Tours, France.
2. UMR 8163 avoir Texte Langage, Université de Lille & CNRS, Lille, France.
3. Centre Hospitalier Universitaire de Tours, Université de Nantes, Nantes, France.

* Contact : baleige.a@gmail.com



INTRODUCTION

- Transgender population
Heterogeneous
Growing in visibility
Growing in numbers
up to 4.5% of adults
up to 8.4% of children and adolescents
- Facing
Violence and social marginalization
Discriminations in health care
- Largely excluded from
Health care organization
Policy-making
Research
- Placing them in a paradox
Impact of heteronormative binarity on
reproductive functions
Distrust in the medical system



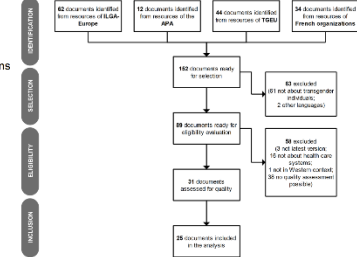
METHODS

SYSTEMATIC REVIEW

Population: reports from French local and European organizations
Europe: ILGA-Europe (and specific documents from the APA); Transgender Europe
France: Acceptess-T; Association Nationale Transgenre; Chrysalide; Clar-T; C'est Pas Mon Genre; Divergence; En-Trans; Espace Santé Trans; Ouest Trans; OUTrans; Réseau de Santé Trans; RITA; T-Time; Trans 3.0; TRANS INTER action; Trans Posé.e.s

Inclusion criteria
Written in French or English
Latest versions of documents
In Western context
Focusing on health care systems
Available for quality evaluation

Quality evaluation
UN's Quality Checklist for Evaluation Reports



THEMATIC ANALYSIS

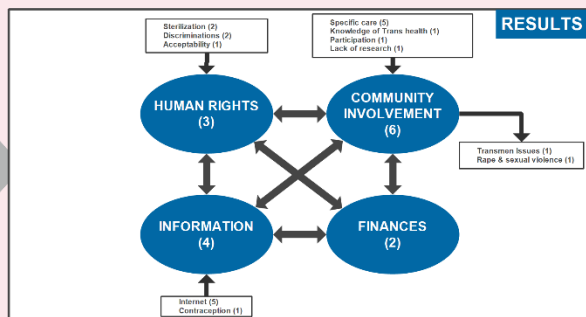
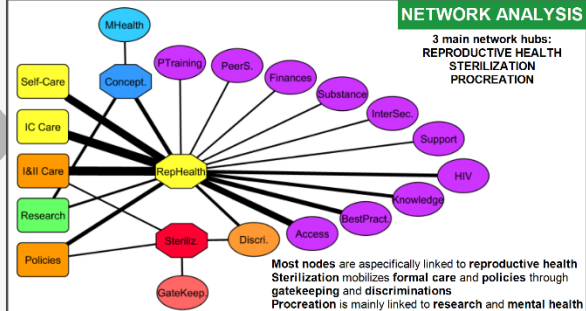
Extraction of data-points
Multi-coding by 2 researchers, including a transgender expert by experience
Synthesis of codes into THEMES
Publication of the thematic synthesis

3,047 DATA POINTS
62 CODES
16 THEMES

QUALITATIVE CODE EXTRACTION

Extractions of codes related to STD PREVENTION and SEXUAL HEALTH
Network analysis of codes' co-occurrences
Qualitative analysis of codes to produce new and more detailed THEMES

47 DATA POINTS
15 CODES
4 THEMES



REFERENCES

Zhang Q, Goodman M, Adams N, Cornell T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgender Heal* [Internet]. 2020 Apr 2;21(2):125-37.

Thorne N, Yip AKT, Bouman WP, Marshall E, Arcelus J. The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary-A systematic review. *Int J Transgenderism* [Internet]. 2019;20(2-3):138-54.

Dulak K, Świercz J. Violence and empowerment psychological support for LGBTQ persons. *WARSZAWA: KAMPANIA PRZECIW HOMOFOBII (CAMPAIGN AGAINST HOMOPHOBIA)*; 2015.

Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* [Internet]. 2016 Jul;388(10042):412-36.

World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all. 2016.

World Bank. World Bank Country and Lending Groups [Internet]. 2021.

United Nations Evaluation Group. UNEG Quality Checklist for Evaluation Reports [Internet]. 2010.



CONCLUSIONS

- Transgender individuals face systemic barriers regarding reproductive rights
- Lack of data is the main result from this study and illustrates insufficient research and documentations of field practices and experimentations
- Knowledge and guidelines need to be constructed in close collaboration or under the supervision of transgender individuals and organizations
- Forced sterilizations should be understood as a collaborative action from both inhuman and discriminatory formal care systems and policies
- Reproductive health is mostly addressed through condom contraception as part of HIV prevention
- As a result, even less data is available to transgender individuals whose sexuality falls outside of heteronormative norms
- This is especially relevant for gay transmen who face uncertainty towards STD prevention, contraception, fertility and pregnancy

L'analyse des 3 047 données de l'étude a permis d'extraire 47 données abordant les enjeux de la santé reproductive des personnes TGD, multi-codées avec 15 codes distincts (Figure 21).

METHODS

SYSTEMATIC REVIEW

Population: reports from French local and European organizations

Europe: ILGA-Europe (and specific documents from the APA); Transgender Europe

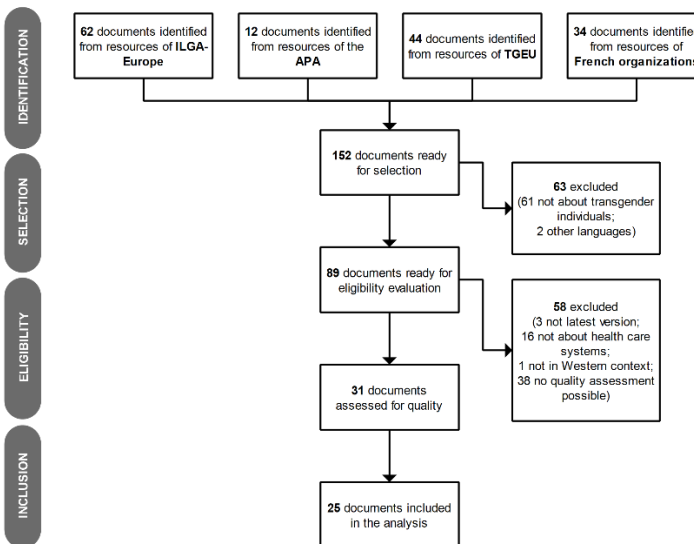
France: Acceptess-T; Association Nationale Transgenre; Chrysalide; Clar-T; C'est Pas Mon Genre; Divergence; En-Trans; Espace Santé Trans'; Ouest Trans; OUTrans; Réseau de Santé Trans; RITA; T-Time; Trans 3.0; TRANS INTER action; Trans Posé.e.s

Inclusion criteria

Written in French or English
Latest versions of documents
In Western context
Focusing on health care systems
Available for quality evaluation

Quality evaluation

UN's Quality Checklist
for Evaluation Reports



THEMATIC ANALYSIS

Extraction of data-points

Multi-coding by 2 researchers, including a transgender expert by experience

Synthesis of codes into **THEMES**

Publication of the thematic synthesis

3,047 DATA POINTS

62 CODES

16 THEMES

QUALITATIVE CODE EXTRACTION

Extractions of codes related to **STD PREVENTION** and **SEXUAL HEALTH**

Network analysis of **codes' co-occurrences**

Qualitative analysis of codes to produce new and more detailed **THEMES**

47 DATA POINTS

15 CODES

4 THEMES

Figure 21. Diagramme de flux des documents inclus dans la revue au regard de la santé reproductive [196].

La modélisation en réseau des co-occurrences des codes (Figure 22) a permis de mettre en évidence 3 sous-réseaux principaux : la santé reproductive, la stérilisation, et la reproduction.

La santé reproductive organise le sous-réseau majoritaire et apparaît en interaction avec l'ensemble des niveaux du système de santé, à l'exception des soins tertiaires, et avec l'ensemble des codes, à l'exception de la santé mentale (MHealth) et du *gatekeeping* médical (GateKeep).

La stérilisation est abordée au regard des soins formels de première et deuxième lignes et des politiques publiques. Elle est mise en lien avec des enjeux de discrimination (Discri.) et de *gatekeeping* (GateKeep) médicaux.

L'enjeu spécifique de reproduction reste circonscrit à la recherche et abordé au regard de la santé mentale (MHealth).

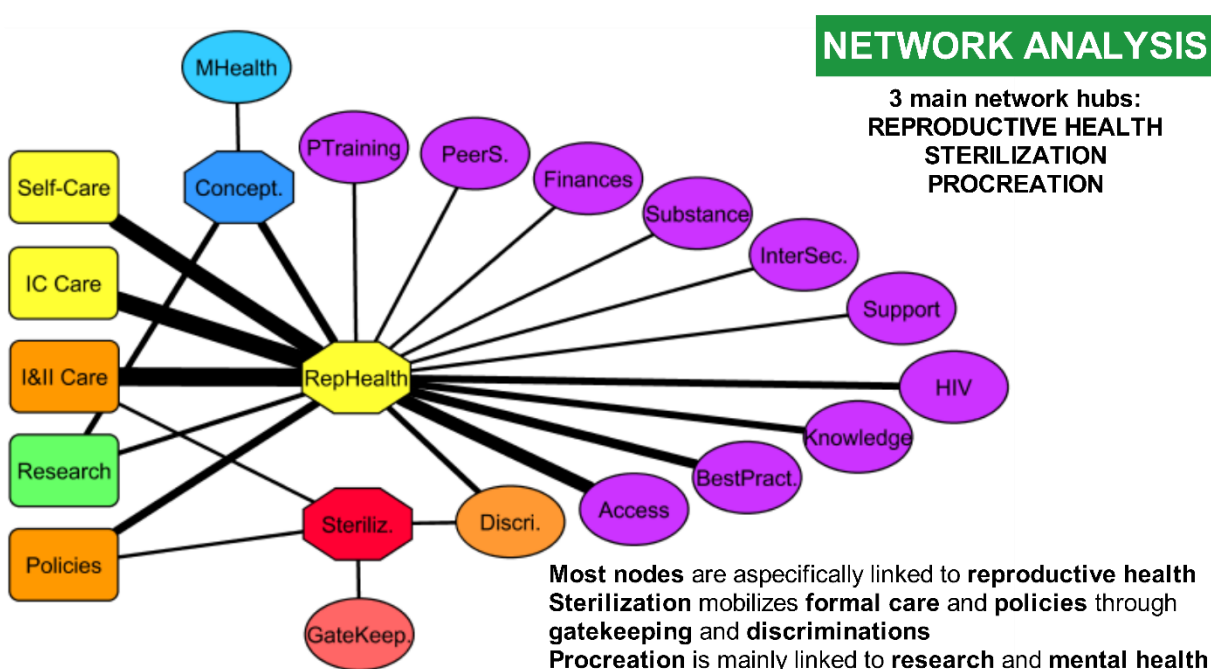


Figure 22. Réseau des codes des données extraites au regard de la santé reproductive [196].

Cette analyse en réseau a appuyé l'identification de 4 thèmes organisant le discours dans les données incluses (Figure 23) :

- L'engagement des communautés (16 codes distincts, dont 6 l'abordant directement) : discuté en s'appuyant sur les enjeux spécifiques des personnes TGD (n = 5), les connaissances de leur santé dans les systèmes (n = 1), la participation des communautés (n = 1), et le manque de recherche (n = 1). Des impacts spécifiques aux enjeux des personnes transmasculines et des hommes trans (n = 1), ainsi que des viols et violences sexuelles sont évoqués (n = 1) ;
- L'information des personnes TGD (10 codes, dont 4 l'abordant directement) : où internet est mis en avant comme source d'information principale (n = 5), également au regard de l'accès à la contraception (n = 1) ;
- Les droits humains (8 codes, dont 3 les abordant directement) : discutés au regard de la stérilisation (n = 2), des discriminations (n = 2), et de l'acceptabilité des systèmes en place (n = 1) ;
- Les enjeux financiers abordés à 2 occurrences.

Tous les thèmes apparaissent en interaction entre eux. Cette analyse ancillaire se caractérise par un faible nombre de données abordant la santé reproductive des personnes TGD.

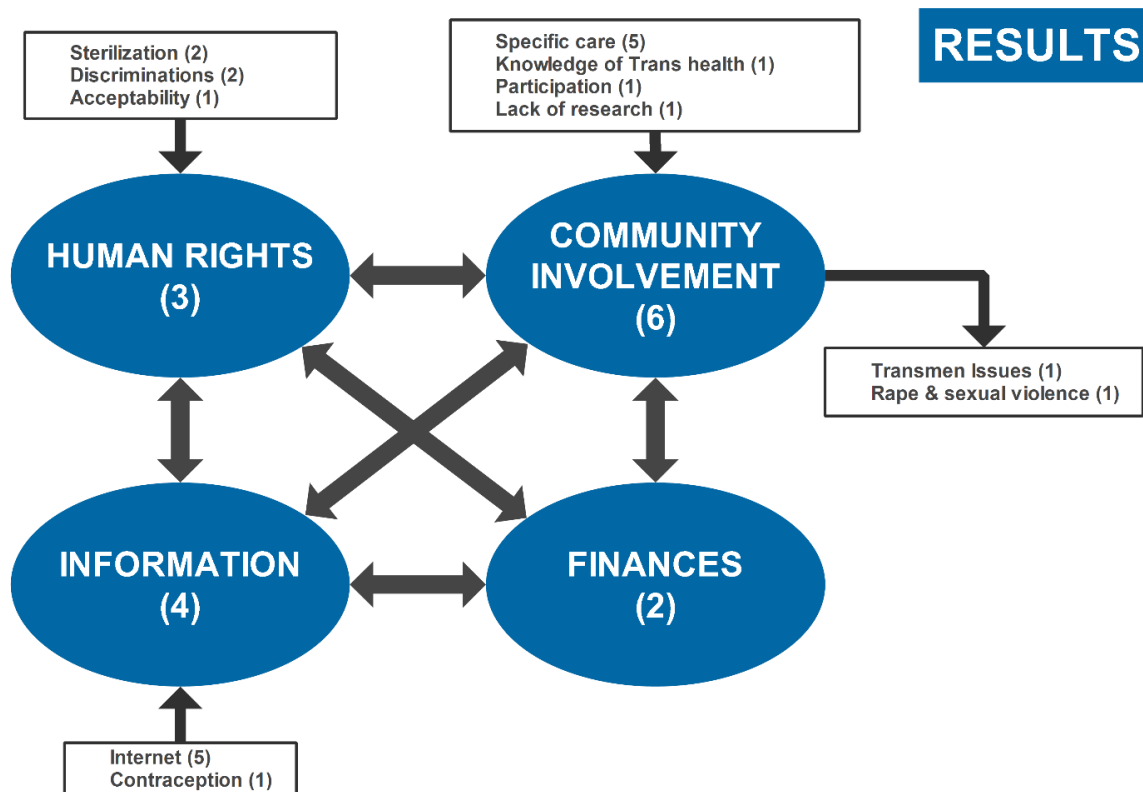


Figure 23. Modélisation des freins et leviers d'action sur l'organisation du système de soins visant à promouvoir la santé reproductive des personnes transgenres et de genre divers [196].

Communication affichée sur la santé sexuelle

[pi05] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Risk reduction strategies for transgender people regarding sexually transmitted diseases and health promotion: a systematic review of activist literature. Poster session presented at: 23rd ESSM Congress, 2022 Feb 16-18; Rotterdam, Netherlands.

Risk reduction strategies for transgender people regarding sexually transmitted
diseases and health promotion:

A systematic review of activist literature

Anna BALEIGE, Mathilde GUERNUT, Frédéric DENIS

*23rd European Society for Sexual Medicine Congress,
2022 Feb 16-18, Rotterdam, Netherlands.*

Risk reduction strategies for transgender people regarding sexually transmitted diseases and health promotion

A systematic review of activist literature

BALEIGE A.^{1,*}, GUERNUT M.², DENIS F.^{1,3}

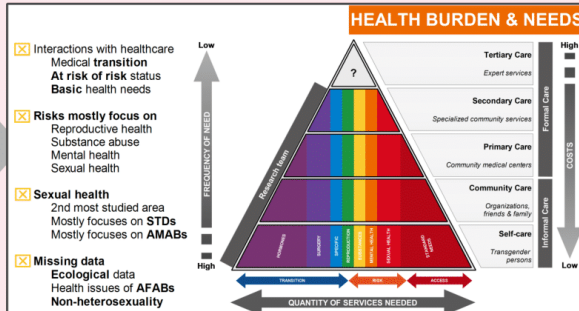
1. EA 75-05 Éducation Éthique Santé, Faculté de Médecine, Université François Rabelais Tours, Tours, France.
2. UMR 8163 avoir Texte Langage, Université de Lille & CNRS, Lille, France.
3. Centre Hospitalier Universitaire de Tours, Université de Nantes, Nantes, France.

* Contact : baleige.a@gmail.com



INTRODUCTION

- Transgender population
Heterogeneous
Growing in visibility
Growing in numbers
up to 4.5% of adults
up to 8.4% of children and adolescents
- Facing
Violence and social marginalization
Discriminations in health care
- Largely excluded from
Health care organization
Policy-making
Research
- Placing them at risk of
High prevalence of HIV and STDs
Low access to appropriate care



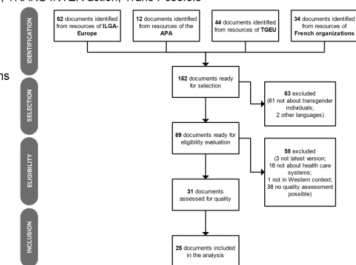
METHODS

SYSTEMATIC REVIEW

Population: reports from French local and European organizations
Europe: ILGA-Europe (and specific documents from the APA); Transgender Europe
France: Acceptess-T; Association Nationale Transgenre; Chrysalide; Clar-T; C'est Pas Mon Genre; Divergence; En-Trans; Espace Santé Trans; Oues Trans; OUI Trans; Réseau de Santé Trans; RITA; T-Time; Trans 3.0; TRANS INTER action; Trans Posé.e.s

Inclusion criteria
Written in French or English
Latest versions of documents
In Western context
Focusing on health care systems
Available for quality evaluation

Quality evaluation
UN's Quality Checklist for Evaluation Reports



THEMATIC ANALYSIS

Extraction of data-points
Multi-coding by 2 researchers, including a transgender expert by experience
Synthesis of codes into THEMES
Publication of the thematic synthesis

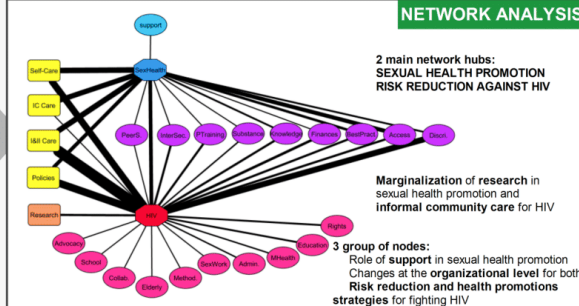
3,047 DATA POINTS
62 CODES
16 THEMES

QUALITATIVE CODE EXTRACTION

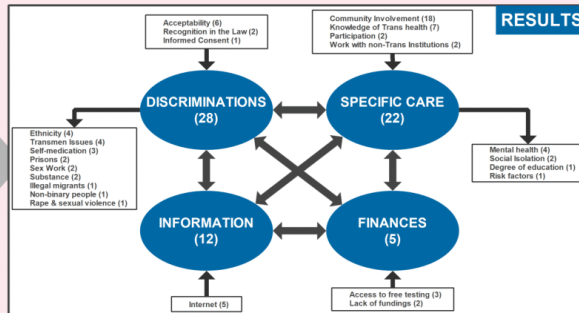
Extractions of codes related to STD PREVENTION and SEXUAL HEALTH
Network analysis of codes' co-occurrences
Qualitative analysis of codes to produce new and more detailed THEMES

106 DATA POINTS
28 CODES
4 THEMES

NETWORK ANALYSIS



RESULTS



REFERENCES

- Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneli T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgender Heal* [Internet]. 2020 Apr 2;21(2):125-37.
- Thorne N, Yip AKT, Bouman WP, Marshall E, Arcelus J. The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary-A systematic review. *Int J Transgenderism* [Internet]. 2019;20(2-3):138-54.
- Dulak K, Świercz J. Violence and empowerment psychological support for LGBTQ persons. *WARSAWA: KAMPANIA PRZECIWI HOMOFOBII (CAMPAIGN AGAINST HOMOPHOBIA)*; 2015.
- Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* [Internet]. 2016 Jul;388(10042):412-36.
- World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016. all for health, health for all. 2016.
- World Bank. World Bank Country and Lending Groups [Internet]. 2021.
- United Nations Evaluation Group. UNEG Quality Checklist for Evaluation Reports [Internet]. 2010.



CONCLUSIONS

- The transgender population is systemically placed at risk of sexually infectious risk
- Health promotion strategies should support and be based on major epistemic and social changes
- Health promotion strategies should include transgender individuals and organizations at every level
- Documentation from transgender organizations is a source of ecologically valid data
- Emphasis should be put on fundings and research
- More actions should be developed, especially regarding transmen and gender diverse populations
- Transgender health should be conceived in an intersectional framework and focus on the impact of other health determinants, such as education and ethnicity

L'analyse des 3 047 données de l'étude a permis d'extraire 106 données abordant les enjeux de la santé reproductive des personnes TGD, multi-codées avec 28 codes distincts (Figure 24Figure 21).

METHODS

SYSTEMATIC REVIEW

Population: reports from French local and European organizations

Europe: ILGA-Europe (and specific documents from the APA); Transgender Europe

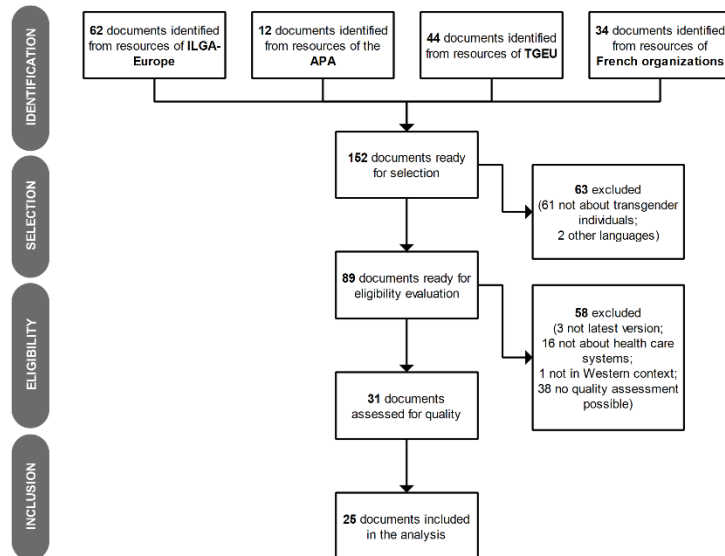
France: Acceptess-T; Association Nationale Transgenre; Chrysalide; Clar-T; C'est Pas Mon Genre; Divergence; En-Trans; Espace Santé Trans'; Ouest Trans; OUTrans; Réseau de Santé Trans; RITA; T-Time; Trans 3.0; TRANS INTER action; Trans Posé.e.s

Inclusion criteria

Written in French or English
Latest versions of documents
In Western context
Focusing on health care systems
Available for quality evaluation

Quality evaluation

UN's Quality Checklist
for Evaluation Reports



THEMATIC ANALYSIS

Extraction of data-points

Multi-coding by 2 researchers, including a transgender expert by experience

Synthesis of codes into **THEMES**

Publication of the thematic synthesis

3,047 DATA POINTS

62 CODES

16 THEMES

QUALITATIVE CODE EXTRACTION

Extractions of codes related to **STD PREVENTION** and **SEXUAL HEALTH**

Network analysis of **codes' co-occurrences**

Qualitative analysis of codes to produce new and more detailed **THEMES**

106 DATA POINTS

28 CODES

4 THEMES

Figure 24. Diagramme de flux des documents inclus dans la revue au regard de la santé sexuelle [195].

La modélisation en réseau des co-occurrences des codes (Figure 25Figure 22) a permis de mettre en évidence 2 sous-réseaux principaux : le VIH/sida, et le reste des infections sexuellement transmissibles. Ces 2 thèmes sont abordés au regard de : l'ensemble des niveaux du système de santé formels et informels, à l'exception des soins tertiaires ; l'accès aux soins (Access) ; bonnes pratiques (BestPract.) ; discriminations (Discri.) ; ses enjeux intersectionnels (InterSec.), financiers (Finances), et de connaissance (Knowledge) ; le travail pair (PeerS.) ; la formation des professions de santé (PTraining) ; et la consommation de produits (Substance).

Le VIH/sida est davantage développé avec 10 codes spécifiques, et mis en relation avec la production scientifique. Ces codes abordent des populations spécifiques (personnes âgées, Elderly ; travail du sexe, SexWork), différents niveaux et moyens d'action (enjeux administratifs, Admin. ; plaidoyer, Advocacy ; collaboration communautaire, Collab. ; éducation en santé, Education ; milieu scolaire, School), les droits fondamentaux (Rights), et les méthodologies de recherche (Method.). Comparativement avec l'autre sous-réseau, celui-ci est moins abordé comme enjeu de soin informel communautaire (IC Care).

Le reste des infections sexuellement transmissibles est uniquement en relation spécifique avec le développement de stratégies de soutien communautaire (support).

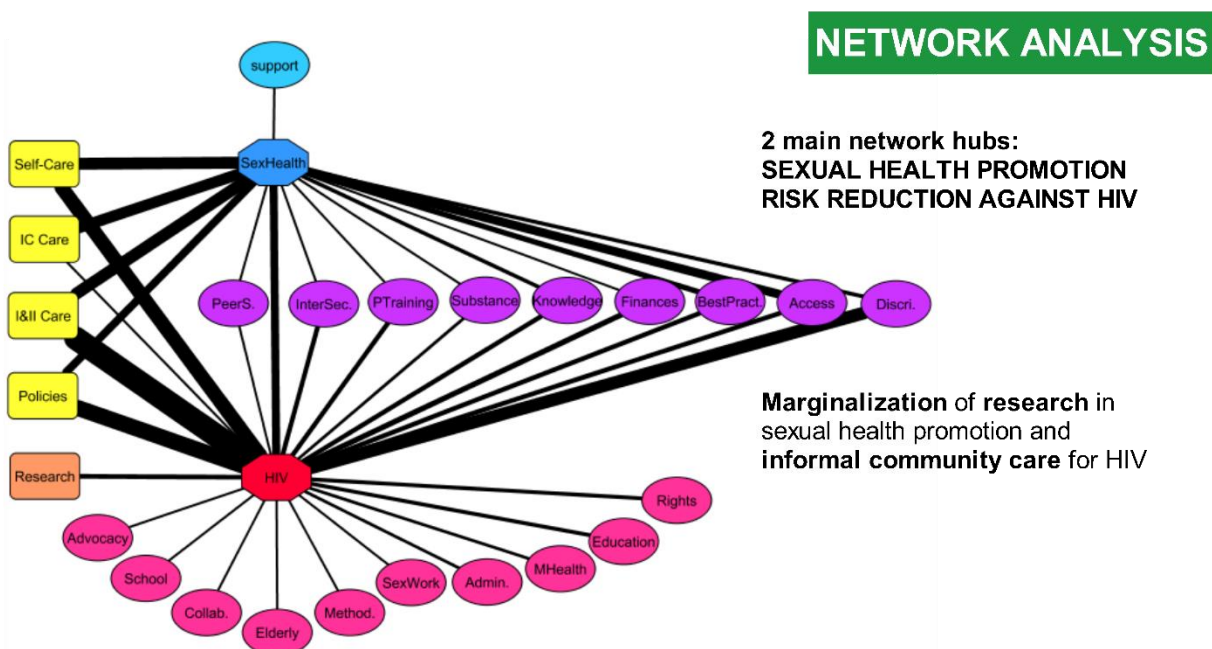


Figure 25. Réseau des codes des données extraites au regard de la santé sexuelle [195].

Cette analyse en réseau a appuyé l'identification de 4 thèmes organisant le discours dans les données incluses (Figure 26) :

- Les soins spécifiques (59 codes distincts, dont 22 spécifiques) : discutés sur la base de l'engagement communautaire (n = 18), des connaissances en santé des personnes TGD (n = 7), de la participation des communautés (n = 2), et l'implication des organisations non-TGD dans les réseaux de santé (n = 2) ; et face aux enjeux spécifiques de santé mentale (n = 4), isolement social (n = 2), éducation (n = 1), et des facteurs de risque (n = 1) ;
- Les discriminations (57 codes distincts, dont 28 les abordant directement) : présentées au regard de l'acceptabilité des soins existants (n = 6), la législation (n = 2), et le consentement libre et éclairé (n = 1) ; et discutées au regard du racisme (n = 4), les enjeux spécifiques des personnes transmasculines et des hommes trans (n = 4), l'automédication (n = 3), la détention (n = 2), le travail du sexe (n = 2), la consommation de produits (n = 2), les personnes en migration sans reconnaissance légale (n = 1), les personnes non-binaires (n = 1), et les viols et violences sexuelles (n = 1) ;
- L'information des personnes TGD (17 codes, dont 12 l'abordant directement) : où internet est mis en avant comme source d'information principale (n = 5) ;
- Les enjeux financiers abordés à 10 occurrences, dont 5 spécifiques, 3 sur l'accès gratuite aux tests de dépistage, et 2 évoquant le manque de financement.

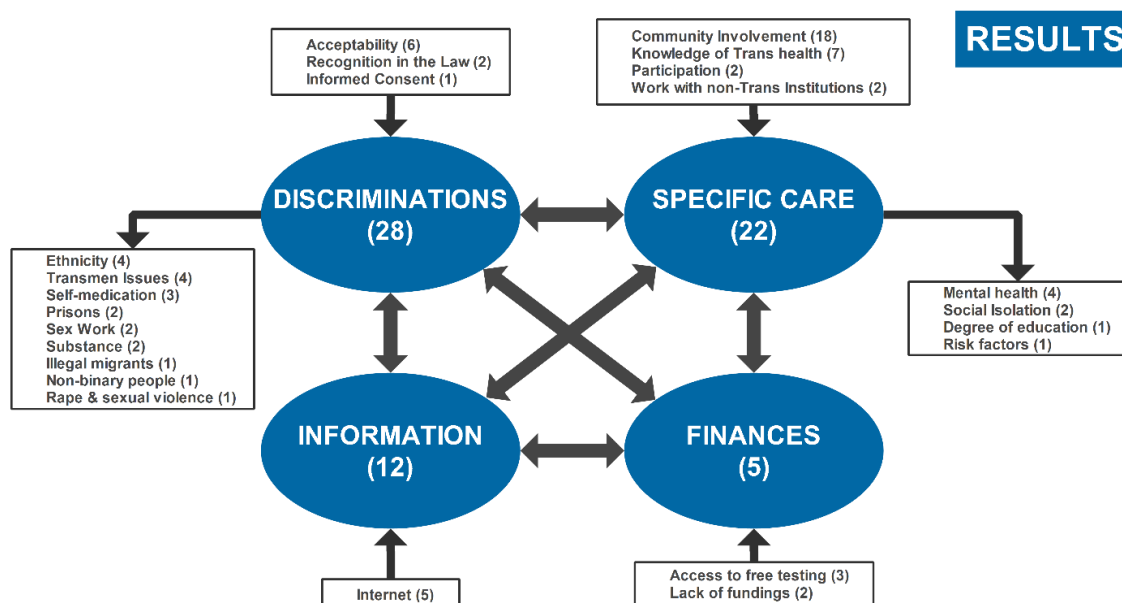


Figure 26. Modélisation des freins et leviers d'action sur l'organisation du système de soins visant à promouvoir la santé sexuelle des personnes transgenres et de genre divers au regard des risques d'infections sexuellement transmissibles [195].

Article de résultats 2

[a06] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Impact of depsychopathologization of transgender and gender diverse individuals in ICD-11 on care delivery: Looking at trans expertise through a trans lens. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19(20), 13257. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013257>

Impact of depsychopathologization of transgender and gender diverse individuals in
ICD-11 on care delivery:
Looking at trans expertise through a trans lens

Anna BALEIGE, Mathilde GUERNUT, Frédéric DENIS

International Journal of Environmental Research and Public Health

RÉSUMÉ [a06]

Introduction.

La dépsychopathologisation des personnes transgenres et de genre divers (TGD) dans la onzième révision de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM-11) a conduit à un changement de modèle de soins, fondé sur le consentement libre et éclairé. Les stratégies de santé publique sont confrontées à des défis épistémiques et de discrimination, et un consensus basé sur des données probantes est nécessaire. Bien que consultés, les communautés TGD n'ont pas participé activement à la CIM-11 et aux débats sur la santé publique qui ont suivi. La perspective TGD est nécessaire, tant dans la recherche que dans la pratique.

Méthodes.

Cette étude s'appuie sur une approche participative menée par les pairs et explore les recommandations des participant·es TGD issues de la base de données françaises inexploitées de la CIM-11, dans lesquelles 72 personnes TGD ont donné leur avis sur les stratégies publiques.

Résultats.

Des analyses lexicométriques ont été réalisées à l'aide de la méthode A.L.C.E.S.T.E. et ont abouti à une classification hiérarchique descendante double en deux étapes. Le sexe, le genre et la consommation de santé ont été analysés en tant que variables secondaires.

Discussion.

La première classification a mis en évidence cinq thèmes principaux : les parcours de soins, la formation des professionnels, l'accès aux soins, la littératie et le changement d'état civil, développés en 12 cibles dans la seconde classification. Si le sexe et le genre semblent avoir peu d'impact sur les discours, les recommandations varient en fonction des parcours de soins. Cette étude soutient le consensus scientifique croissant en faveur d'une approche de santé publique face aux défis de santé TGD et souligne l'expertise individuelle des personnes TGD.



Article

Impact of Depsychopathologization of Transgender and Gender Diverse Individuals in ICD-11 on Care Delivery: Looking at Trans Expertise through a Trans Lens

Anna Baleige ^{1,*} , Mathilde Guernut ² and Frédéric Denis ^{1,3}

¹ EA 75-05 Éducation Éthique Santé, Faculté de Médecine, Université François-Rabelais Tours, 2 Boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France

² UMR 8163 Savoirs, Textes, Langage, Centre National de la Recherche Scientifique, Université de Lille, Rue du Barreau, BP 60149, 59653 Villeneuve d'Ascq, France

³ Service D'odontologie, Centre Hospitalier Universitaire de Tours, 2 Boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France

* Correspondence: baleige.a@gmail.com



Citation: Baleige, A.; Guernut, M.; Denis, F. Impact of Depsychopathologization of Transgender and Gender Diverse Individuals in ICD-11 on Care Delivery: Looking at Trans Expertise through a Trans Lens. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 13257. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013257>

Academic Editors: Shanna K. Kattari and Brittanie Atteberry-Ash

Received: 9 August 2022

Accepted: 11 October 2022

Published: 14 October 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Depsychopathologization of transgender and gender diverse (TGD) individuals in the eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) called for a shift in care delivery models, based on free and informed consent. Public health policies face epistemic and discriminatory challenges and consensus built on evidence-based data is needed. TGD communities were consulted but did not actively participate in ICD-11 and the following public health debates. There is a need for TGD perspective—both in research and practice. This study draws on a peer-led participatory approach and explores TGD participants' recommendations based on unexploited French data from ICD-11, in which 72 TGD gave feedback on public policies. Lexicometric analyses were conducted using the ALCESTE method and resulted in a two-step double Descending Hierarchical Classification. Sex, gender, and health consumption were analyzed as secondary variables. The first classification highlighted five main topics: care pathways, training of professionals, access, literacy, and civil status change, developed into 12 targets in the second classification. While sex and gender appeared to have little impact on discourses, recommendations varied according to received care. This study supports the growing scientific consensus of a public health approach to face TGD health challenges and emphasizes TGD individuals' expertise.

Keywords: transgender persons; health services needs and demand; knowledge; community-based participatory research; international classification of diseases

1. Introduction

Transgender and gender diverse (TGD) [1] individuals face systemic barriers in accessing health services [2]. Simultaneously, studies highlight the significant health needs of this population [3]. To address them, it is proposed to transform health services organization, based on the free and informed consent model, and to develop trans-affirmative and non-discriminatory health services [4].

The shift in care delivery models is partly based on the depsychopathologization of TGD persons in the eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) [5]. ICD-11 brought along epistemic transformations characterized by a politicization of classificatory considerations [6,7] while maintaining an appearance of neutrality focused on classification comparisons [6,8,9]. Debate between diagnoses of Gender Dysphoria and Gender Incongruence focused on whether suffering at the Index Period was necessary as a diagnostic criterion [9]. Index Period was defined as “a period of time [. . .] during which gender incongruence, distress and dysfunction may have been particularly prominent” [10]. ICD-11 outperformed, both practically [9] and conceptually, as field studies conducted with the World Health Organization (WHO) highlighted

that psychological distress was not systematic and primarily arose from widespread transphobia [9–11], interpreted as minority stress [10,12]. The non-necessity and external origin of psychological distress supported the WHO process of depsychopathologization [10]. In this context, depsychopathologization is best understood as part of a paradigm shift, rather than a natural evolution of medical epistemologies [8]. Thus, it appeared both as a violation of basic human rights [7] and as an unnecessary burden on the lives of TGD individuals and clinical practice [4,5,9].

Out of the six field studies conducted for ICD-11 [9], one was carried out in France in a multidisciplinary primary healthcare provider (Maison Dispersée de Santé, now MDS), based on risk-reduction and the free and informed consent model [4], and working closely with local TGD organizations [5,10]. This study drew on a participatory aspect. It was indeed noted that TGD communities, although consulted, were voluntarily kept away from decisions [6]. This study was carried out in partnership with a WHO Collaborative Center in mental health—their terms of reference include the full participation of service users in research and policymaking [13]. Moreover, the study included several TGD consultants and was extended with a questionnaire developed with the local communities [10,14].

However, while these dynamics demonstrated the possibilities of providing free and informed consent-based health care [5,10], the study did not address power dynamics inherent to participatory research [15], especially on such a politicized subject [16]. In fact, beyond the systemic transphobia built into the research pipelines [14], incongruence between TGD consultants and research professionals was documented during the study's implementation and subsequent stages [14], leading to their gradual, then definitive, withdrawal [9,10,14].

These issues may appear abstract and remote from everyday experience—especially since ICD-11 has not resulted in a massive transformation of health systems, but rather in political support for local and activist initiatives [6]. This is all the more concerning as most health systems include built-in transphobia [2], especially in France [17].

Given health needs [3] and challenges of transforming practices and systems [18], developing and consolidating culturally appropriate knowledge within a human rights framework seems all the more necessary. Under-representation of TGD individuals in research contributes to the lack of quality data [19], both linked to TGD researchers' better awareness of transphobic biases in research and their deeper understanding of TGD lives and experiences. Similarly, the WHO argued for over a decade that care safety is improved by service users' participation [20].

We hypothesize that a study led by a TGD researcher will provide results with a better ecological validity and add to the existing literature on organizational impacts of TGD health needs. This research is in line with survivor research and addresses a number of transversal epistemic challenges [16]. As such, this paper follows this dynamic in order to contribute to public health policies by providing insights from directly impacted people. Its main objective is to report on recommendations from participants of the study conducted in France as part of ICD-11 and contribute to build a shared knowledgebase between professionals and TGD communities. Secondly, this paper also addresses the impact of sex assigned at birth (SAAB) and gender, as well as distress and health consumption, on the recommendations. It draws on unexploited data to contribute to reclaiming knowledge that communities originated.

2. Materials and Methods

2.1. Epistemic Challenges

This paper aims to highlight ways of improving health care systems for TGD individuals based on their experiential knowledge, i.e., their subjective experience [21]. Knowledge is socially constructed through language by means of production and interpretation, ideological frameworks, and paradigms [16,22]. Analyzing knowledge requires familiarity with the socio-cultural context and therefore involves the subjectivity of analysts—a known factor in research power dynamics [15,23]. To limit these biases, widely present in research

on TGD health [8], and improve the quality of the analyses [15,16], this paper draws on a participatory approach, following survivor research, i.e., under the direction of someone directly concerned [24].

As translation is an inherently important part of the research process, and following current recommendations [25], all translations were conducted simultaneously by two translators (B.A. & G.M.), and discrepancies were answered by consensus building. Both translator-researchers are native speakers of French (France, continental), have excellent English skills, and are familiar with concepts specific to health and TGD individuals [26]. This approach differs from back translation commonly used in medical research and aims at improving ecological validity and reducing biases [25].

2.2. Ethical Conformity

The protocol complied with the Helsinki Declaration of 1975—as revised in 2008—and the WHO Good Clinical Research Practice guidelines. The research received approval from biomedical research French authorities: the Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV, the Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé, and the Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Informed written consent was obtained from every participant.

Data access was provided through a free of charge convention with the center.

2.3. Materials

Data were extracted from the 2017 study conducted at MDS in collaboration with WHO. Participation to the study was proposed during routine professional appointments and, following a presentation of the study, those interested were directed to the inclusion step [10]. Seventy-two transgender individuals receiving care at MDS voluntarily participated in the study. They were interviewed using two questionnaires: a main questionnaire translated and adapted from the one used in Mexico [11], and an additional one specific to the French study [10]. The first questionnaire was specifically built for the studies on ICD-11, while the additional one was co-constructed with local TGD communities and specific to France. Answers to the first questionnaire were used to gather quantitative socio-demographic and health consumption information on participants.

Recommendations from participants were collected from the additional questionnaire. Participants were asked two consecutive questions: “do you have any proposal to improve the information, support, or care provided to persons in transition?”; “do you have any proposal for health professionals to better respond to the needs of persons in transition?”. Responses were open-ended and non-mandatory and formed two sets of recommendations.

Sex and gender data were collected via a two-step method [27], participants could choose their SAAB (female, male, intersex) and gender from a list (woman, man, transgender woman, transgender man, genderqueer, intersex) or answer openly. Group analyses in the original publication excluded three participants who openly answered and based the analyses on SAAB [10]. We included all participants and categorized them into three groups: male, female, and gender diverse [1]. Considering current evidence of TGD health behaviors [28], we conducted two sets of lexical analyses, one classifying transgender women and men in gender diversity, and one in a binary manner. Since this paper also questions categorization of gender diverse individuals based on their experience of healthcare, we expanded the initial descriptive analyses [10] and included data on access to health services.

For health access data, we altered the initial categories in accordance with current evidence on TGD healthcare [3]. Three categories emerged, organized around time and motive: medical transition, healthcare use following psychological distress at Index Period, and life-long mental healthcare use. Regarding life-long categories, participants were asked whether they had accessed psychological support, hormone treatment, surgery, or other health services. For psychological distress at Index Period, we analyzed three successive yes/no questions: “have you experienced psychological distress related to your gender

identity?"; If yes: "have you sought specialized mental health care to deal with this?"; If yes: "did you receive this treatment?". For each, we calculated the delay between study participation and last service access/Index Period.

2.4. Analyses

All statistical analyses were performed using R v4.2.0. Descriptive statistics included frequencies (in percentages) for categorical variables, means, standard deviations (SD), and range for continuous variables. Comparisons were based on chi-square tests. For open-ended data, a corpus was created and pre-processed using Notepad++ v8.3.3. Lexical analyses were performed with the IRAMUTEQ software package v0.7alpha2 [29] for R v3.1.2.

Both sets of recommendations were pulled together in a single corpus, each recommendation associated with a set of descriptive variables informing on the set of recommendation (binary), SAAB (binary), gender (two sets of three categories), medical transition (three variables, binary), and psychological care at Index Period (three variables, one binary and two of three categories) or life-long (binary).

The corpus was then pre-processed using the ALCESTE method in three consecutive steps [30]:

- Each word's form in the corpus is recognized and, after an initial part-of-speech tagging, lemmatized, replacing them with the associated lemma.
- The corpus is segmented in elementary context units (ecu) following a pre-established set of rules [30], allowing for lemmas to be analyzed in semantic context.
- The ecu are segmented to build a grid for analysis.

During Descending Hierarchical Classification, lemmas are ordered based on iterative classifications comparing segments of ecu. Each step splits the corpus in two classes to maximize the chi-square test. The process is repeated until the desired number of classes is reached or the corpus portion included in the analysis is too low. To ensure class stability, two parallel classifications are built based on different size of lexical segments, and then merged. Lemmas are classified in clusters of lexical contexts, which can be analyzed based on word list, or extraction of text segments most representative of the cluster. It also allows to assess specificities of descriptive variables identified in the analysis [29,30].

3. Results

3.1. Description of Participants

More than half of the participants were assigned male at birth (61.1%, $n = 44$) and no participant reported an intersex SAAB. Most participants reported a binary gender identity (77.8%, $n = 56$). 34 (47.2%) identified as "woman", 22 (30.6%) as "man", 4 (5.6%) as "transgender woman", 4 (5.6%) as "transgender man", and 8 (11%) as "other". No participant identified as genderqueer or intersex gender. Other genders included "neutral", "non-binary with male tendency/agender performing male", " $\frac{3}{4}$ woman, $\frac{1}{4}$ man", "gender fluid/non-binary", "fluid with female tendency", "80% female androgynous person", "non-binary but more feminine", and "non-binary".

As shown in Table 1, a very large proportion (90.3%, $n = 65$) of participants have used the healthcare system in relation to their gender identity. Current gender identity and SAAB did not impact the use of the healthcare system ($p > 0.05$), except for other types of care in the case of participants who identified as "women" ($\chi^2(2) = 9.5$, $p < 0.05$) or with a male SAAB ($\chi^2(1) = 10.8$, $p < 0.01$). The time frame between the study and the last access to healthcare linked to gender identity was short with an average of 1.5 (2.9; 0–15) years. In contrast, access to healthcare at Index Period was low with only 34.4% ($n = 21$) of participants who experienced distress getting access to mental healthcare, for them, the delay was 14.0 (8.1; 5–45) years.

Table 1. Age, education, life-long care, and psychological distress at index period linked to gender identity according to current gender identity (women vs. men vs. gender diverse).

	Total Sample (n = 72)	Women (n = 34)	Men (n = 22)	Gender Diverse (n = 16)
	Mean (SD; Range)			
Age (years)	27.7 (9.7; 18–50)	31.6 (11.6; 18–50)	22.6 (4.5; 18–34)	26.2 (6.8; 18–47)
Education (years)	13.7 (2.5; 9–20)	13.6 (2.6; 9–20)	13.4 (2.5; 9–18)	14.7 (2.3; 10–17)
Life-long care linked to gender identity				
	n (%); Mean (SD; Range)			
Any healthcare	65 (90.3%)	31 (91.2%)	20 (90.9%)	14 (87.5%)
Delay before study (years) ^a	1.5 (2.9; 0–15)	1.8 (3.6; 0–15)	1.3 (2.5; 0–10)	1.1 (1.0; 0–3)
Psychological Support	34 (47.2%)	18 (52.9%)	9 (40.9%)	7 (43.8%)
Delay before study (years) ^a	3.7 (4.1; 0–19)	4.6 (5.1; 0–19)	2.7 (2.6; 0–6)	2.7 (2.4; 0–6)
Hormonal treatment	60 (83.3%)	28 (82.4%)	19 (86.4%)	13 (81.3%)
Delay before study (years) ^a	2.8 (5.4; 0–27)	4.1 (7.3; 0–27)	1.8 (3.0; 0–11)	1.5 (1.3; 0–4)
Surgery	23 (31.9%)	11 (32.4%)	8 (36.4%)	4 (25%)
Delay before study (years) ^a	3 (4.7; 0–17)	4.0 (6.1; 0–17)	2.5 (3.6; 0–10)	1.3 (1.0; 0–2)
Other	25 (34.7%)	20 (58.8%)	1 (4.5%)	4 (25%)
Delay before study (years) ^a	2.4 (4.4; 0–16)	2.9 (4.9; 0–16)	0.0	0.8 (1.0; 0–2)
Psychological distress linked to gender identity at Index Period				
	n (%); Mean (SD; Range)			
Age at Index Period (years)	10.7 (7.1; 3–40)	11.8 (7.7; 3–40)	9.3 (4.8; 3–22)	10.4 (8.5; 4–40)
Experience of psychological distress	61 (84.7%)	27 (79.4%)	21 (95.5%)	13 (81.3%)
Sought mental health care ^b	21 (34.4%)	7 (25.9%)	10 (47.6%)	4 (30.8%)
Received mental health care ^c	21 (100.0%)	7 (100.0%)	10 (100.0%)	4 (100.0%)
Delay before study (years)	14.0 (8.1; 5–45)	16.4 (13.0; 5–45)	11.5 (3.6; 7–17)	15.8 (4.6; 10–20)

^a. For participants with multiple accesses, the delay is based on the last access to healthcare; ^b. % out of participants with an experience of psychological distress; ^c. % out of participants who sought mental health care.

3.2. Lexical Analysis of Participants' Recommendations

Out of the 72 participants, 68 (94.4%) provided an average of 3 (1.9; 1–11) recommendations for the first set regarding improving information given, support, or care provided to persons in transition, and 65 (90.3%) provided an average of 2.5 (1.6; 1–8) recommendations for the second set (how health professionals can better respond to their needs).

Both sets of recommendations (n = 133) were pulled together in a single corpus. After lemmatization, the corpus consisted of 5176 occurrences of 1080 unique forms, i.e., a type-token ratio of 20.9%. The hapax, or single occurrence forms (n = 658), made up 60.9% of all unique forms and 12.7% of total occurrences. The algorithm isolated 183 ecu out of the 133 recommendations, which were segmented in units of 12 and 14 lemmas for analysis. Given the corpus' linguistic homogeneity, we decided to carry out two parallel analyses at different levels of classification.

3.3. First Descending Hierarchical Classification

The first Descending Hierarchical Classification focused on size and individuated five stable clusters for both sets of recommendations. Each cluster contains lemmas most associated to a specific lexical context, their distribution and frequency are presented in Figure 1. Of the corpus, 92.9% was analyzed. Clusters 1, 2, and 3 focus on healthcare and make up for 57.0% of the analyzed content. The most prominent clusters are clusters 4 (33.5%), 1 (27.6%), and 3 (20.0%) respectively.

Cluster 1 is associated with lemmas related to TGD individuals' health pathways: "take" and "care", "surgery", and "depilation". It also focuses on ways to improve them: "difficult", "problem", and "real". All these associations, as well as the one presented in Figure 1, are statistically significant ($p < 0.001$). As such, recommendations associated with this cluster aim at improving health pathways for transgender persons. Cluster 2 (9.4%)

is associated with the “training” of “health” “professional” ($p < 0.001$). It also focuses on health pathways and in particular “specialize” ($p < 0.01$) and “depsychopathologize” ($p < 0.05$) services. Contrary to cluster 1 where recommendations mostly focus on new ways to improve pathways, cluster 3 focuses on lifting existing barriers. It is associated with lemmas representing problems such as “long”, “mandatory” ($p < 0.001$), “time” ($p < 0.01$) and “waiting” ($p < 0.05$). Cluster 4 is outside the healthcare system and its recommendations aim to raise awareness in civil society about TGD people’s rights and issues. Associated lemmas include specific intervention targets such as “school”, “media”, “middle school” ($p < 0.001$), and “high school” ($p < 0.01$); but also means to raise awareness, including “talk”, “intervention”, “raise awareness”, “inform” ($p < 0.001$), or “develop” ($p < 0.01$). Cluster 5 makes up for the last 9.4% of the analyzed content and focuses on administrative procedures—it is associated with lemmas representing the already known notions of “civil” “status” “change” ($p < 0.001$); the “law” and procedures regarding “certificate” for which you have to “pass” in front of a “psychiatrist” ($p < 0.001$). Examples of recommendations including associated lemmas in context for each cluster are presented in Table 2.

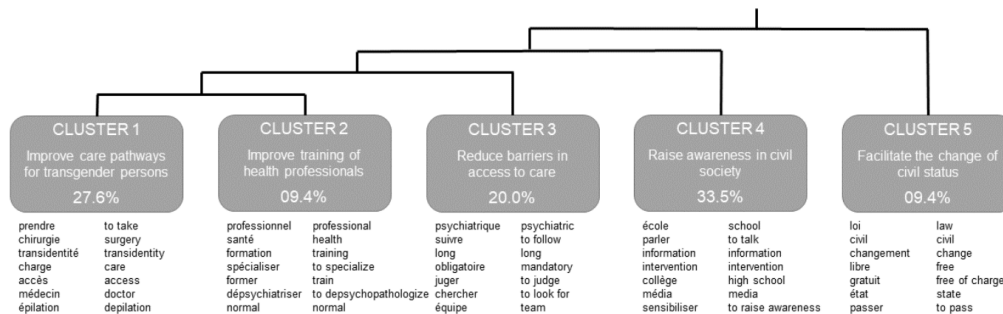


Figure 1. Descending Hierarchical Classification of 92.9% of the corpus. Correlations are based on chi-squared test cluster vs. remaining corpus. Significance level for lemmas is $p < 0.05$ with up to seven lemmas and their English translation illustrating each cluster.

Table 2. Recommendations from participants to improve the information, support, or care provided, and response from health professionals.

Cluster	Representative Quotes (Gender; Set)
1. Improve care pathways for transgender persons	Changer la classification dans la CIM ** pour ne plus être obligé de passer par les psychiatres. Change the classification in the ICD ** so that you don't have to go through the psychiatrists anymore. (man; how health professionals can better respond)
	Développer les soins ** et structures pour les trans (chirurgie ***, épilation **, etc ...). Develop care *** and structures for trans people (surgery ***, hair removal **, etc...). (woman; improving information, support, or care provided)
	Ne pas forcer les personnes à la prise *** d'hormones. Do not force people to take *** hormones. (man; how health professionals can better respond)
	Faciliter * l'accès *** à l'ALD avec l'instauration d'un vrai ** protocole. Facilitating * access *** to long-term healthcare coverage with the establishment of a real ** protocol. (man; how health professionals can better respond)
2. Improve training of health professionals	Plus de formation *** pour les professionnels ***, peut-être plus de moyens, mais le manque de formation *** est le principal. More training *** for professionals ***, maybe more resources, but the lack of training *** is the main one. (gender diverse; how health professionals can better respond)
	Avoir une formation *** des professionnels *** sur le comportement à avoir quand on reçoit une personne trans. Train *** professionals *** on how to behave when dealing with a trans person. (man; how health professionals can better respond)

Table 2. Cont.

Cluster	Representative Quotes (Gender; Set)
	Former * les professionnels *** de santé *** à la question pour pouvoir repérer les personnes plus tôt pendant l'enfance ou l'adolescence. Train * health care professionals *** on the issue so that they can identify individuals earlier in childhood or adolescence. (man; how health professionals can better respond) Former * les professionnels *** de santé *** uniquement par des personnes trans. Train * health care professionals *** only by trans people. (gender diverse; how health professionals can better respond)
3. Reduce barriers in access to care	Éviter de trop creuser en consultation (ex: chercher *** une raison dans l'enfance) car quand on va voir * un psychiatre * le questionnement est là depuis longtemps donc il faut *** éviter de nous remettre en question car ce n'est pas une maladie. Avoid digging too deep in consultation (e.g., looking for *** a reason in childhood) because when we go to see* a psychiatrist * the questioning has been there for a long time so it is necessary *** to avoid questioning ourselves as it is not an illness. (man; how health professionals can better respond) Inform les personnes trans' sur le fait que l'équipe *** officielle *** n'est pas un passage obligatoire ***. Inform trans people that the official *** team *** is not a requirement ***. (woman; improving information, support, or care provided) Deux ans ** de psychiatrie c'est trop long *** car pour nous, c'est dur à vivre. Two years ** of psychiatry is too long *** because for us, it's hard to live. (gender diverse; how health professionals can better respond) La file d'attente * pour les opérations * est trop longue *** et la prise de médicaments avec autorisation des parents n'est pas juste * pour les mineurs. The waiting * list for surgery * is too long *** and requiring parental permission to take medication is not fair * to minors. (woman; improving information, support, or care provided)
4. Raise awareness in civil society	Inform *** dans les écoles *** dès la primaire ** puis en évoluant avec l'âge. Provide information *** in schools *** starting in primary school ** and progressing with age. (woman; improving information, support, or care provided) Les trans doivent être plus représenté dans les médias *** et les dessins animés pour montrer aux enfants afin qu'ils soient plus ouverts. Trans people need to be more represented in the media *** and in cartoons to teach children to be more open. (gender diverse; improving information, support, or care provided) Sensibiliser *** les parents pendant la grossesse. Raise parents' awareness *** during pregnancy. (man; improving information, support, or care provided) Sensibiliser *** à la transphobie dans les écoles *** (mise en situation via des vidéos comme les spots contre le racisme). Raise awareness *** of transphobia in schools *** (using videos such as anti-racism spots). (man; improving information, support, or care provided)
5. Facilitate the change of civil status	Changer * la loi *** pour rendre *** le changement *** d'état civil *** libre *** et gratuit *** en mairie ***. Change * the law *** to make *** civil *** status change *** free *** and unrestricted *** at the town hall *** (woman; improving information, support, or care provided) Simplifier *** la nouvelle loi *** pour la rendre *** plus précise pour éviter l'appréciation du juge. Simplify *** the new law *** to make *** it more precise to avoid the judge's appreciation. (gender diverse; improving information, support, or care provided) Arrêter de demander ** des attestations ***. C'est inutile car on n'est pas malade. Stop asking ** for attestations ***. It's useless because we're not sick. (gender diverse; improving information, support, or care provided) Faciliter les changements *** administratifs. Les rendre *** libres *** et gratuits ***. Simplify administrative changes ***. Make them free *** and unrestricted ***. (woman; improving information, support, or care provided)

Bolded nouns, verbs, and adjectives are statistically associated with the cluster they are presented in (* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$).

SAAB and gender were not associated with any specific cluster, regardless of gender classifications. Cluster 4 “raise awareness in civil society” was associated with the first set—improving information, support, or care provided to persons in transition ($p < 0.001$)—while the second set—how health professionals can better respond to their

needs—was linked to clusters 2 “improve training of health professionals”, 3 “reduce barriers in access to care” ($p < 0.01$) and 1 “improve care pathways for transgender persons” ($p < 0.05$). Cluster 5 “facilitate the change of civil status” was not associated to any set ($p > 0.05$).

Life-long service uses were not associated with any specific cluster. Nonetheless, patterns seem to emerge, opposing life-long psychological support and medical transition (Figure 2). At Index Period, experience of psychological distress was associated with cluster 3 ($\chi^2(1) = 6.3, p < 0.05$) and not having to seek mental health care was associated with cluster 1 ($\chi^2(1) = 12.0, p < 0.001$).

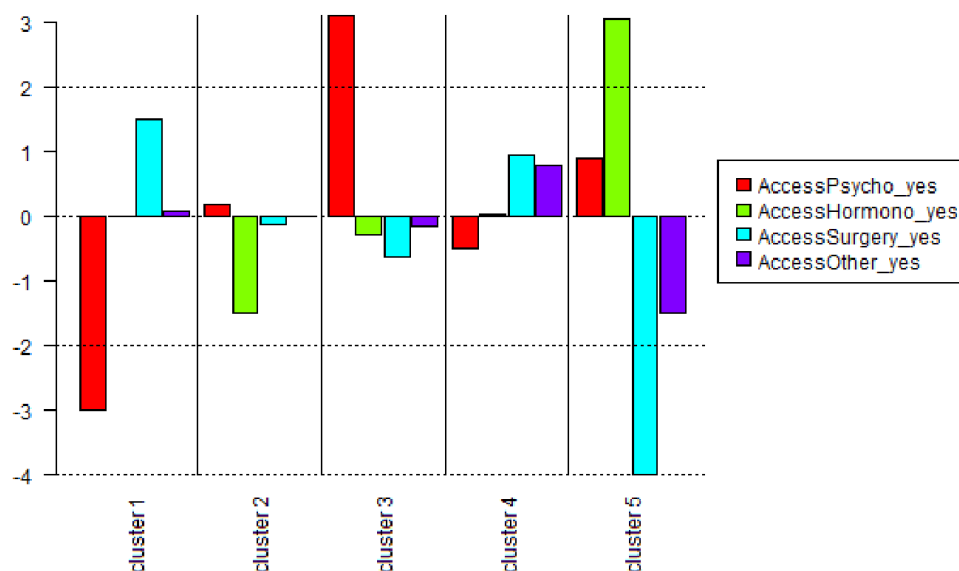


Figure 2. Specificities of descriptive variables describing life-long care between clusters identified by the first Descending Hierarchical Classification. Chi-square presented on ordinate axis; over-representation is represented as positive, under-representation as negative. No correlation is statistically significant. AccessPsycho/AccessHormono/AccessSurgery/AccessOther—Life-long care for psychological support/hormonal treatment/surgery/other (yes; no).

3.4. Second Descending Hierarchical Classification

The second Descending Hierarchical Classification focused on precision and resulted in twelve stable clusters for both sets of recommendations using 76.5% of the corpus. Clusters were put together according to their ascendant in the first classification, resulting in five groups (Figure 3).

The first group emerged from Cluster 1 and consisted of five clusters focusing on depsychopathologizing (Cluster 1.0; 5.0%), improving communication (Cluster 1.1; 7.9%), increasing access to affordable surgeries (Cluster 1.2; 5.7%), training medical staff (Cluster 1.3; 5.7%), and facilitating paperwork (Cluster 1.4; 5.0%). Another group of two clusters emerged from Cluster 3: reducing waiting and assessment periods (Cluster 3.0; 12.9%), and changing official teams (Cluster 3.1; 10.7%). Cluster 4 was split, forming a final group of three clusters: education in medias (Cluster 4.0; 6.4%), schools (Cluster 4.1; 13.6%), and improving global education and prevention (Cluster 4.2; 4.3%). Unlike other clusters, Clusters 2 and 5 were not divided during the second classification, resulting in two similar clusters (Cluster 2.0 and 5.0), both consisting of 11.4% of the analyzed corpus.

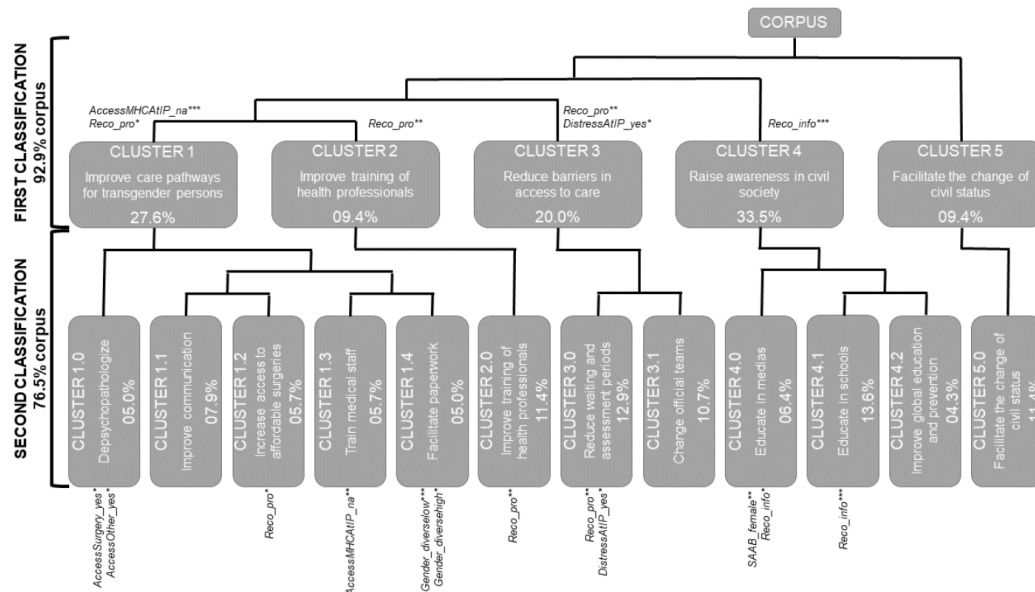


Figure 3. Two-step Descending Hierarchical Classifications. Modalities of variables are statistically associated with the cluster (* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$). variable—description of variable (modalities = description of modality): AccessMHCAIP—Use of psychological support at Index Period (yes; no; NA); AccessSurgery—Life-long care of surgery (yes; no); AccessOther—Life-long other types of care related to medical transition (yes; no); DistressAtIP—Psychological distress at Index Period (yes; no); Gender—Gender (womanhigh; manhigh; diversehigh = gender categories with transgender men and women grouped as diverse; womanlow; manlow; diverselow = gender categories with transgender men and women considered as binary); Reco—Sets of recommendations (info; pro); SAAB—Sex Assigned At Birth (female; male; intersex).

Female SAAB was associated with Cluster 4.0 (promoting education in medias— $\chi^2(1) = 9.2$, $p < 0.01$), and gender diversity with Cluster 1.4 (facilitating paper-work), both when including or excluding transgender men and women ($\chi^2(1) = 4.9$, $p < 0.05$ vs. $\chi^2(1) = 12.9$, $p < 0.001$). The first set on improving information, support, or care provided to persons in transition remained associated with recommendations from Clusters 4.0 ($\chi^2(1) = 4.8$, $p < 0.05$) and 4.1 ($\chi^2(1) = 19.1$, $p < 0.001$), and the second set with Clusters 1.2 ($\chi^2(1) = 5.8$, $p < 0.05$), 2.0 ($\chi^2(1) = 8.8$, $p < 0.01$), and 3.0 ($\chi^2(1) = 8.2$, $p < 0.01$).

Life-long service uses for medical transition regarding surgery and other care was associated with Cluster 1.0 (depsychopathologization, $\chi^2(1) = 3.9$, $p < 0.05$; $\chi^2(1) = 4.5$, $p < 0.05$). Psychological distress at Index Period was associated with cluster 3.0 (reducing waiting and assessment periods, $\chi^2(1) = 4.9$, $p < 0.05$) and not having to seek mental health care was associated with cluster 1.3 (training medical staff, $\chi^2(1) = 10.2$, $p < 0.01$).

The second classification clarified the components of initial clusters at the expense of losing part of the corpus (Table 3). Clusters 2 and 5 did not lose any data between the two classifications, while Clusters 1, 3, and 4 lost respectively 3.5%, 0.6%, and 13.5% of the initially analyzed data, showing recommendations existing inside the initial clusters, but outside of secondary ones.

Table 3. Proportion of corpus included and loss of data between analyses.

Clusters	In First Classification (92.9% of Corpus)	In Second Classification (76.5% of Corpus)	Proportion of Corpus	Corpus Lost between Classifications
Cluster 1	27.6%		25.6%	
Cluster 1.0	4.1%	5.0%	3.8%	
Cluster 1.1	6.5%	7.9%	6.0%	
Cluster 1.2	4.7%	5.7%	4.4%	3.2%
Cluster 1.3	4.7%	5.7%	4.4%	
Cluster 1.4	4.1%	5.0%	3.8%	
Total	24.1%	29.3%	22.4%	
Cluster 2	9.4%		8.7%	
Cluster 2.0	9.4%	11.4%	8.7%	0.0%
Cluster 3	20.0%		18.6%	
Cluster 3.0	10.6%	12.9%	9.9%	
Cluster 3.1	8.8%	10.7%	8.2%	0.5%
Total	19.4%	23.6%	18.1%	
Cluster 4	33.5%		31.1%	
Cluster 4.0	5.3%	6.4%	4.9%	
Cluster 4.1	11.2%	13.6%	10.4%	12.5%
Cluster 4.2	3.5%	4.3%	3.3%	
Total	20.0%	24.3%	18.6%	
Cluster 5	9.4%		8.7%	
Cluster 5.0	9.4%	11.4%	8.7%	0.0%

4. Discussion

This study highlights the deep and insightful understanding of the health systems among TGD service users, needed to face current challenges. The population sample for a qualitative study supports the validity of the results, especially since they appear valid for a large number of Western health systems, and despite containing elements specific to the French European context.

The main objective of this paper leads to the observation that the process of depsychopathologization is not part of a natural evolution of practices, but a shift in how the problem is addressed [8,31]. The organizational impact of the depsychopathologization process [5], initiated by the WHO, appears to be part of a paradigm shift [32]. For TGD individuals, several dominant paradigms in science are questioned, including sexual difference [8,31]. From the care pathways of a small number of mentally ill individuals, the debate has shifted to the global health promotion of a vulnerable and growing population—definitively establishing the health of TGD individuals as public health-related [3,4].

In the aforementioned French study [10], the research team did not take into account the power issues inherent in participatory research [15], leading to methodological discrepancies [33]. Paradigm shifts impact ideological frameworks in research [22], leading to methodological and political challenges [33]. This places community-led participatory research in a key position to tackle this paradigm shift [16]. Our methodology based on lexicometry [34,35] and participatory design [15,16] also contributes to ecological validity. One of the main limitations of lexical analyses is their difficulty accounting for discourse content when faced with a diverse vocabulary encompassing similar semantic notions [34]. Here, the relative lexical homogeneity of the corpus allowed us to partially overcome this limitation. The results recontextualization stage also involves the analysts' subjectivity [15,23], also partially controlled by the participatory design [15,16].

While lexical homogeneity allowed for good quality of analysis, it remains unexplained. However, it underlies a conceptual homogeneity allowing to classify almost all recommendations into five main categories: improve care pathways, train professionals,

reduce barriers, facilitate civil status change, and raise awareness in civil society. The second analysis revealed the conceptual stability of these categories, apart from Cluster 4—representing the greatest loss of content in the entire analysis (Table 3). Thus, while the media, schools, and general prevention strategies emerged as prime targets, a plurality of opinions seems to persist on remaining interventions.

Participants' recommendations align with recent public health literature [3]. Improving health pathways is based on depsychopathologization [4,5,7] and calls for improving communication, access to affordable surgeries, training of staff, and administrative procedures. Professional training is also a sufficiently salient element to constitute an autonomous cluster [36]. Barriers in access to care seem equally based on the perceived excessive waiting time and the inadequacy of current dedicated services. Finally, civil status change appears as another administrative challenge. In this regard, France did not have any dedicated procedure for civil status change before 2016—following Turkey's conviction by the European Court of Human Rights for similar events [37]. The law came into effect in 2017 and, since then, civil status change became free of charge and does not require a medical assessment but remains at the discretion of the judge—which is widely criticized by TGD organizations.

SAAB and gender do not appear as organizing elements in the participants' discourse. Difficulties related to changing one's civil status are associated with gender diverse individuals, which is consistent with France's administrative confusion of sex and gender and its lack of a third administrative gender as an alternative to binarity [28]. The association between individuals with female SAAB and promoting education in the media, although strong, does not appear obvious and would deserve a specific exploration.

Although both sets of recommendations do not split the discourse, it appears polarized between transforming the health care system on one hand, and society as a whole on the other. This convergence of discourses is part of a global vision of health and is consistent with public health strategies [3]. The emergence of a shared community discourse centered on human rights [6,7] could be an explanatory element for both conceptual homogeneity and strong compatibility with health promotion approaches.

Personal experience of the healthcare system also had minimal impact on discourse construction. Depsychopathologization appears more closely associated with participants using surgery or other specific care for medical transition (hair removal, etc.). This may be interpreted in context by the scarcity of trans-affirmative professionals and the widespread requirement for psychiatric evaluations to access care. Psychological distress at Index Period is associated with reducing waiting and evaluation periods—a recurring criticism of the French mental health system shared by cisgender individuals. Finally, the strongest association is between participants who did not experience psychological distress at Index Period and training health professionals—referring directly to the epistemic issue raised by the WHO: cisgender professionals' belief of a necessary suffering [8–11].

5. Conclusions

This study supports the growing scientific consensus of a public health approach to face TGD health challenges [3]. TGD individuals and perspectives are underrepresented in research [8,19]. As critics arise on the lack of WHO support towards system change, leaving participatory data unexploited is all the more questionable and calls for a better understanding of political dynamics in medical epistemology and systemic transphobic biases in research [15,16,23]. Given epistemic uncertainties, critical studies and critical discourse analysis should continue to be promising areas of research [38].

Author Contributions: Conceptualization, A.B.; methodology, A.B. and M.G.; validation, A.B., M.G. and F.D.; formal analysis, A.B. and M.G.; data curation, A.B.; writing—original draft preparation, A.B.; writing—review and editing, M.G. and F.D.; supervision, F.D. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: The initial study on which this paper is based received financial support from the French Ministry of Solidarity and Maison Dispersée de Santé.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Institutional Review Board of the Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV (reference CPP 16 15), the Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (registration 2015-A01911-48), and the Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (declaration 1990372v0).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Data were accessed by a convention with the World Health Organization Center for research and training in mental health (EPSM Lille-Métropole) which does not allow public release of materials. Original study data can be accessed by requesting the owner.

Acknowledgments: The initial study was conducted by the World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health (EPSM Lille-Métropole). Data access was provided through a convention with the center, and for this, the authors would like to thank the other persons involved in the initial study: Askevis-Leherpeux Françoise, de la Chenelière Marie, Martin Marie-Jeanne, and Roelandt Jean-Luc.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. A.B. worked in the coordination team of the initial study as an employee of EPSM Lille-Métropole.

References

1. Thorne, N.; Yip, A.K.T.; Bouman, W.P.; Marshall, E.; Arcelus, J. The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *Int. J. Transgenderism* **2019**, *20*, 138–154. [CrossRef] [PubMed]
2. Cruz, T.M. Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: A consideration of diversity in combating discrimination. *Soc. Sci. Med.* **2014**, *110*, 65–73. [CrossRef] [PubMed]
3. Reisner, S.L.; Poteat, T.; Keatley, J.; Cabral, M.; Mothopeng, T.; Dunham, E.; E Holland, C.; Max, R.; Baral, S.D. Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* **2016**, *388*, 412–436. [CrossRef]
4. Wylie, K.; Knudson, G.; Khan, S.I.; Bonierbale, M.; Watanyusakul, S.; Baral, S. Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet* **2016**, *388*, 401–411. [CrossRef]
5. Baleige, A.; de la Chenelière, M.; Dassonneville, C.; Martin, M.-J. Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France. *Transgender Health* **2021**, *1*, 63–68. [CrossRef] [PubMed]
6. Davy, Z.; Sørli, A.; Schwend, A.S. Democratising diagnoses? The role of the depathologisation perspective in constructing corporeal trans citizenship. *Crit. Soc. Policy* **2018**, *38*, 13–34. [CrossRef]
7. Castro-Peraza, M.E.; García-Acosta, J.M.; Delgado, N.; Perdomo-Hernández, A.M.; Sosa-Alvarez, M.I.; Llabrés-Solá, R.; Lorenzo-Rocha, N.D. Gender Identity: The Human Right of Depathologization. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 978. [CrossRef]
8. Baleige, A.; Guernut, M. Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies. *Implic. Philos.* **2021**. Available online: <http://www.implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies> (accessed on 1 August 2022).
9. Robles, R.; Keeley, J.W.; Vega-Ramírez, H.; Cruz-Islas, J.; Rodríguez-Pérez, V.; Sharan, P.; Purnima, S.; Rao, R.; Rodrigues-Lobato, M.I.; Soll, B.; et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. *Int. J. Clin. Health Psychol.* **2022**, *22*, 100281. [CrossRef] [PubMed]
10. Askevis-Leherpeux, F.; De La Chenelière, M.; Baleige, A.; Chouchane, S.; Martin, M.-J.; Robles-García, R.; Fresán, A.; Quach, A.; Stona, A.-C.; Reed, G.; et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *Eur. Psychiatry* **2019**, *59*, 8–14. [CrossRef] [PubMed]
11. Robles, R.; Fresán, A.; Vega-Ramírez, E.H.; Cruz-Islas, J.; Rodríguez, V.; Domínguez, T.; Reed, G.M. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* **2016**, *3*, 850–859. [CrossRef]
12. Rood, B.A.; Reisner, S.L.; Surace, F.I.; Puckett, J.A.; Maroney, M.R.; Pantalone, D.W. Expecting Rejection: Understanding the Minority Stress Experiences of Transgender and Gender-Nonconforming Individuals. *Transgender Health* **2016**, *1*, 151–164. [CrossRef]
13. Reed, G.M. Vers la CIM-11: Créer un espace pour une diversité de perspectives. *Inf. Psychiatr.* **2011**, *87*, 169. [CrossRef]
14. De la Chenelière, M. From patient to researcher: Personal empowerment journey related to transidentity. *Inf. Psychiatr.* **2018**, *94*, 817–823. [CrossRef]
15. Rose, D. Participatory research: Real or imagined. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **2018**, *53*, 765–771. [CrossRef]
16. Rose, D. Survivor-produced knowledge; This is survivor research. In *Ross-on-Wye*; Sweeney, A., Beresford, P., Faulkner, A., Nettle, M., Rose, D., Eds.; PCCS Books: Monmouth, UK, 2009; pp. 38–43.
17. Giami, A.; Nayak, L. Controverses dans les prises en charge des situations trans: Une ethnographie des conférences médico-scientifiques. *Sci. Soc. Santé* **2019**, *37*, 39–64. [CrossRef]

18. Stroumsa, D.; Shires, D.A.; Richardson, C.R.; Jaffee, K.D.; Woodford, M.R. Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care. *Med. Educ.* **2019**, *53*, 398–407. [\[CrossRef\]](#)
19. Friedrich, C.; Filippelli, A. The transgender lens is underrepresented and overlooked in transgender health research to the detriment of the population it seeks to serve. *J. Women's Health* **2019**, *28*, 111. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
20. World Health Organization. *Patients for Patient Safety* [Internet]; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2006.
21. Borkman, T. Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Soc. Serv. Rev.* **1976**, *3*, 445–456. [\[CrossRef\]](#)
22. Fairclough, N. *Language and Power*, 3rd ed.; Routledge: London, UK, 2015; pp. 1–264.
23. Fricker, M.; Jenkins, K. Epistemic Injustice, Ignorance, and Trans Experiences. In *The Routledge Companion to Feminist Philosophy*; Garry, A., Khader, S.J., Stone, A., Eds.; Routledge Companion to Feminist Philosophy: London, UK, 2017.
24. Sweeney, A.; Beresford, P.; Faulkner, A.; Nettle, M.; Rose, D. This is survivor research. In *Ross-on-Wye*; PCCS Books: Monmouth, UK, 2009; pp. 1–200.
25. Ozolins, U.; Hale, S.; Cheng, X.; Hyatt, A.; Schofield, P. Translation and back-translation methodology in health research—a critique. *Expert Rev. Pharm. Outcomes Res.* **2020**, *20*, 69–77. [\[CrossRef\]](#)
26. World Health Organization. *Translation and Linguistic Evaluation Protocol and Supporting Material. Man WHO Disabil Assess Sched WHODAS 20*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2010; pp. 1–8.
27. Winter, S.; Diamond, M.; Green, J.; Karasic, D.; Reed, T.; Whittle, S.; Wylie, K. Transgender people: Health at the margins of society. *Lancet* **2016**, *388*, 390–400. [\[CrossRef\]](#)
28. Callander, D.; Newman, C.E.; Holt, M.; Rosenberg, S.; Duncan, D.T.; Pony, M.; Timmins, L.; Cornelisse, V.; Duck-Chong, L.; Wang, B.; et al. The Complexities of Categorizing Gender: A Hierarchical Clustering Analysis of Data from the First Australian Trans and Gender Diverse Sexual Health Survey. *Transgender Health* **2021**, *6*, 74–81. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
29. Camargo, B.V.; Justo, A.M.; Forte, T. Iramuteq: R Interface for Multidimensional Analysis of Texts and Questionnaires [Internet]. 2016. Available online: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/IRaMuTeQ%20Tutorial%20translated%20to%20English_17.03.2016.pdf (accessed on 1 August 2022).
30. Reinert, M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. *Bull. De Méthodologie Sociol.* **1990**, *26*, 24–54. [\[CrossRef\]](#)
31. Preciado, P.B. *Je Suis un Monstre qui Vous Parle*; Grasset: Paris, France, 2020; pp. 67–88.
32. Kuhn, T. *The Structure of Scientific Revolutions*, 4 ed.; University of Chicago Press: Chicago, IL, USA, 2015.
33. Baleige, A.; Guernut, M.; Denis, F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 1983. [\[CrossRef\]](#)
34. Fallery, B.; Rodhain, F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: Lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In *XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique*; AIMS: Montreal, QC, Canada, 2007; p. 16.
35. Khelifi, H. La lexicométrie: Un outil efficace pour l'analyse du discours. In *Colloque International Médias Numériques, Langues, Discours, Pratiques et Interculturalité*; Open Science: Agadir, Morocco, 2016; p. 161.
36. Van Heesewijk, J.; Kent, A.; van de Grift, T.C.; Harleman, A.; Muntinga, M. Transgender health content in medical education: A theory-guided systematic review of current training practices and implementation barriers & facilitators. *Adv. Health Sci. Educ. Theory Pr.* **2022**, *27*, 817–846. [\[CrossRef\]](#)
37. Bret, L. Sexe et genre: Réflexions sur la place de la volonté individuelle dans l'état civil. In *Les Mutations Contemporaines du Droit de la Famille*; Bernard, S., Farge, M., Eds.; Presses Universitaires de Grenoble: Grenoble, France, 2020; pp. 11–18.
38. Lupton, D. Discourse analysis: A new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Aust. J. Public Health* **1992**, *16*, 145–150. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)

3.2. Biais systémiques dans la production scientifique

Article de résultats 3

[a07] **Baleige A**, Guernut M, Denis F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(20), 11983. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911983>

Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11:
An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective

Anna BALEIGE, Mathilde GUERNUT, Frédéric DENIS

International Journal of Environmental Research and Public Health

RÉSUMÉ [a07]

Introduction.

La dépsychopathologisation des personnes transgenres et de genre divers (TGD) dans la onzième révision de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM-11) se heurte à des discriminations systémiques inscrites dans des filières épistémiques. Basé sur une analyse de données inexploitées de la CIM-11 et du processus de traduction en français, cet article aborde les rapports de force dans la recherche participative et la discrimination systémique dans un contexte socioculturel.

Méthodes.

Nous avons utilisé une approche participative menée par des pairs pour effectuer des analyses qualitatives de la version française de la CIM sur la base des contributions de 72 participant·es TGD à l'étude française de la CIM-11.

Résultats.

Les résultats mettent en évidence une incongruence majeure entre les propositions des participant·es et la traduction officielle finale. Des termes alternatifs ont été proposés et discutés par les participant·es à la fois concernant l'usage et les concepts, mais aussi la participation et l'apparente futilité du maintien de la pathologisation. Nous avons constaté des discordances dans les processus de publication et de traduction en français, respectivement en ce qui concerne la catégorisation de genre et la rétro-traduction.

Discussion.

Ces résultats remettent en question la pertinence et la mise en œuvre de la CIM-11 pour les communautés TGD et mettent en évidence des échecs aux trois étapes de la traduction officielle en français. Les enjeux de pouvoir ont un impact sur la production de connaissances et, bien que les mécanismes varient, sont tous liés à l'injustice épistémique. L'implication des communautés TGD à tous les stades des processus de production des connaissances médicales réduirait les préjugés transphobes. L'implication d'individus avec des enjeux personnels dans les domaines de recherche politisés semble d'autant plus nécessaire aujourd'hui.



Article

Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective

Anna Baleige ^{1,*} , Mathilde Guernut ² and Frédéric Denis ^{1,3}

¹ EA 75-05 Éducation Éthique Santé, Faculté de Médecine, Université François-Rabelais Tours, 2 Boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France

² UMR 8163 Savoirs, Textes, Langage, CNRS, Université de Lille, Rue du Barreau, BP 60149, 59653 Villeneuve d'Ascq, France

³ Service d'Odontologie, Centre Hospitalier Universitaire de Tours, 2 Boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France

* Correspondence: baleige.a@gmail.com



Citation: Baleige, A.; Guernut, M.; Denis, F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 11983. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911983>

Academic Editors: Shanna K. Kattari and Brittanie Atteberry-Ash

Received: 9 August 2022

Accepted: 19 September 2022

Published: 22 September 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Transgender and gender diverse (TGD) individuals' depsychopathologization in the eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) faces systemic discriminations built-in epistemic pipelines. Based on an analysis of unexploited data from ICD-11 and the French translation process, this article addresses power issues in participatory research and systemic discrimination within a socio-cultural context. We used a peer-driven participatory approach to conduct qualitative analyses of the French version of the ICD based on contributions from 72 TGD participants in the French study for ICD-11. The results highlight a major incongruence between participants' propositions and the final official translation. Alternative terms were proposed and discussed by participants in regard to usage and concepts, but also encompassed participation and perceived futility of maintaining pathologization. We found discrepancies in the French publication and translation processes, respectively on gender categorization and back translation. These results question the relevance and implementation of ICD-11 for TGD communities and highlight failures at all three stages of the official French translation. Power issues have an impact on knowledge production and, while mechanisms vary, all relate to epistemic injustice. Involving TGD communities in all stages of medical knowledge production processes would reduce transphobic biases. Individuals with personal stakes involved in politicized research areas appear all the more necessary today.

Keywords: transgender persons; terminology as topic; knowledge; community-based participatory research; International Classification of Diseases

1. Introduction

Transgender and gender diverse (TGD) [1] communities, especially TGD youth, face growing discrimination in accessing services. Systemic discriminations have a direct impact on public health policies by shaping both political and scientific debates [2]. This follows the publication of the eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) and its epistemic changes which made a health policy redesign necessary [3]. TGD health appears to be at a critical juncture, in terms of public policies, which will shape future health practices and behaviors. It is also an opportunity to demonstrate the impact of scientific knowledge production in health debates.

Recent events in France have highlighted the significant influence of transphobic lobbies in parliamentary debates and state regulation mechanisms [4]. While such movements have long driven the French professional and scientific world [5], the general population remains largely unaware of the stakes TGD individuals face both on a political and health level. In this context, promoting TGD individuals' health would require developing literacy—a central element of health promotion [6]. However, knowledge is a politically situated construct influenced by power dynamics [7,8]. This is especially relevant in a state of epistemic uncertainty [8] and systemic epistemic injustice [9]. Therefore, knowledge

dissemination is placed in a political context reflecting social power dynamics which may affect research and scientific communication [8]. As a result, the TGD population's health is directly impacted by conditions of knowledge production and interpretation [10] both shaped by research ideologies and, ultimately, paradigms [9]. Achieving significant health results may require moving away from 19th-century paradigms [11] and therefore it would contribute to a paradigm shift [9,11,12].

In the initial French ICD-11 publication, the depsychopathologized diagnosis was mistakenly translated as 'gender dysphoria'. It has since been corrected to 'gender incongruence' (Content Enhancement Proposal #2H2N). Given the previously described context, such errors—implying the pursuit of psychopathologization—could have a disastrous and confusing impact on the political debate. This translation error on one of the emblematic changes of the revision motivates us to analyze the revision of ICD-11 through its French translation. To this end, we will present the conceptual and political stakes of ICD-11 for TGD health, power dynamics in participatory research, and the methodology used for the ICD-11 French translation.

Depsycho-pathologization of TGD communities followed decades of political activism [13]. It also conceptually followed the de-pathologization of homosexuality, effective in 1990 for the tenth revision [8]. Politics and ethics led the World Health Organization (WHO) to reconsider the pathologization of TGD persons for ICD-11, where these issues were reconceptualized as a nosographic question opposing two classifications. Because psychopathologization was seen as carrying an unfounded stigma, the WHO working group suggested removing the diagnoses from the chapter on mental and behavioral disorders [14]. This proposal was supported by six field studies highlighting that distress and dysfunction were predicted by social exclusion and violence, not by being transgender [15]. In addition, the global analysis provided evidence that including distress in the diagnostic model would make it less effective [15]. Although pathologization is considered a form of discrimination [16], the WHO has decided to maintain it to protect services access [17]. This has been widely criticized by TGD associations demanding complete de-pathologization, especially for children [18].

One of the field studies was conducted in Lille (France) by a WHO collaborative centre in mental health, in collaboration with Maison Dispersée de Santé (MDS), a multidisciplinary primary healthcare provider, based on risk-reduction, the free and informed consent models [19], and working closely with local TGD organizations [3,20]. Participation of concerned individuals is one of the center's terms of reference, and as such, the French study was built around a participatory steering committee, which notably led to the collection of additional socio-cultural data [20]. However, these data were scarcely exploited in the initial paper, nor were they ever developed afterwards. By requiring the collaboration of people with a variety of social status, participatory studies face power struggles during the research process [21]. As a result, experts by experience are at risk of eviction especially prior to the study's implementation [21]. This was the case in the initial study, under the guise of technicity [22]. Additionally, collected data were not used past the initial publication and access to data was gated behind administrative procedures. Not exploiting insufficiently collected data on a population with high health needs raises the ethical question of research integrity. More importantly, within TGD health research, these issues are the field of power struggles due to systemic transphobia in research pipelines [9,22]. Peer-led research, such as survivor research [23], appears both as a solution to power issues, and as a way of enhancing the conceptual and ecological benefits of participatory research [21,24].

The translation of ICD-11 from English to French was provided by another WHO collaborating centre on international classifications. The WHO translation process is based on back translation [25], meaning a one-to-one equivalence between terms and concepts in different languages does exist [26]. This approach is disproportionately used in medical research and poses difficulties, particularly in considering the socio-cultural context [26]—one of the WHO's focus areas for ICD-11 [27]. For the first time, the initial

translation step was assisted by an initial phase of neural machine translation (NMT) where ICD-11 was automatically translated by natural language processing (NLP) to speed up and improve the translation process [28]. However, this method does not address the issue of systemic bias amplification [29], widely documented for gender [30] and race [31], or the way the translation team organized to address it.

This paper explores the epistemic challenge of pathologizing TGD individuals through the analysis of unexploited data. Then, it focuses on the power issues in participatory research through an approach directly supervised by a TGD researcher. Finally, it draws on this approach to address systemic discrimination within a socio-cultural context. The research objectives were to analyze the socio-cultural data available and the French ICD-11 translation process.

2. Materials and Methods

2.1. Epistemic Challenges

This paper focused on knowledge derived from the subjective experience of a phenomenon, known as experiential [32]. Knowledge is socially constructed through language using production and interpretation within an ideological framework [10,24]. Since analyzing knowledge requires an understanding of the socio-cultural contexts and involves the subjectivity of the analysts, controlling this subjectivity and putting it at the service of the analysis becomes a methodological challenge. This intervention of the analyst's subjectivity in research is not specific to the exploration of experiential knowledge and, more broadly, questions the impact of power differences in research dynamics with possible epistemic or discriminatory ramifications [9,21], especially regarding transgender healthcare [8]. To reduce the biases associated with power differences in research, this paper is based on a participatory approach and, more specifically, in line with research directed by the concerned persons, known as survivor research [23]. Design, implementation, analyses, and interpretations were under the direct lead of a TGD researcher (A.B.), with actual experience in the French context, the initial research, and the ICD-11 process [3,8,20,33–35]. Analyses were conducted with a cisgender researcher with actual experience in the ICD-11 process (M.G.) [8,33,35]. Ideally, such an analysis should be based on a transparent, participatory, and intersectional approach. Given the time delay between the study and this analysis, as well as the change of research team, it was not possible to include the participants. Nevertheless, this approach aims at improving the quality of analysis by drawing on the subjective experience of analysts and facilitates the use of heuristic approaches while maintaining strong ecological validity [21,24].

2.2. Ethical Conformity

The protocol complied with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008, and the WHO Good Clinical Research Practice guidelines. The research received approval from the biomedical research French authorities: the *Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV*, the *Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé*, and the *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*. Informed written consent was obtained from every participant.

All data were accessed through a free of charge convention with EPSM Lille-Métropole.

2.3. Materials

During 2017, seventy-two transgender service users at the MDS, aged 18–50, voluntarily participated in the French study. They were interviewed using first a questionnaire, translated and adapted from the one used in the initial study in Mexico [36], and an additional one specific to France and focused on participants' insights [20]. Answers to the first questionnaire were used to gather quantitative socio-demographic information on participants, while the second one provided all the qualitative data on the French translation.

The initial paper excluded three “queer” individuals from the analyses [20]. As this article focuses on the entire sample, we included available descriptive data on participants: age, relationship and family status, economic status, education, age of first access to medical transition (hormones or surgery), and gender via a two-step method [37].

Participants’ expertise was gathered, as part of the additional questionnaire, through four consecutive questions: “1. The WHO proposes to designate gender change by the term ‘gender incongruence’. If you had to translate it into French, how would you translate it?”; “2. Does this term seem relevant to you as a way of referring to yourself and people in transition?”; “3. Why?”; “4. Do you have any ideas about how best to refer to gender change?”. The first question was semi-closed and proposed six translations to the participants while leaving the possibility for their own, the three following ones were open-ended. All questions were non-mandatory.

In a final step, we included both English and French finalized versions of ICD-11 descriptions for both diagnoses (HA60—gender incongruence of adolescence or adulthood and HA61—gender incongruence of childhood) and their parent category (gender incongruence).

2.4. Analyses

All statistical analyses were performed using R v4.2.0. Descriptive statistics included frequencies (in percentages) for categorical variables, and means, standard deviations (SD), and range for continuous variables. For open-ended data, corpora were created using Notepad++ v8.3.3 and the two authors (A.B. and M.G.) applied a heuristic thematic analysis methodology to code and categorize answers [38]. Disagreements were anticipated to be resolved through discussion and consensus building, but none occurred.

In the initial paper, diagnosis was approached from a functional perspective: as a health tool enabling access to care, and therefore the authors used a top-down approach of morphological analysis to highlight upon which morpheme the tool’s name should be built [20]. The main goal was to support the WHO’s proposal of depsychopathologization and no clear goal was set for the analysis of original French participatory data [20]. Here, the participatory and bottom-up approach allowed us to take distance from these conceptual and methodological frameworks. Our focus was set on letting the analysis angle emerge from data.

Official descriptions were translated from English to French to discuss discrepancies with participants’ data. In accordance with experts’ inputs and practices outside medical research [26], we chose to move away from back translation used by the WHO. The team and translation process were embedded in the research from the beginning. We used a parallel translation from two native speaking translators (A.B. and M.G.) with a final revision step where translation discrepancies were resolved by consensus building within the entire research team. This methodology was proposed to improve the validity of translations for target audiences and socio-cultural contexts, and to reduce biases caused by back translation [26]. This approach reflects a paradigm shift—not considering languages as strictly equivalent but emphasizing the ecological validity and acceptability of translation to focus on health. Both translator–researchers are native speakers of French (continental France), have excellent English skills, and are familiar with concepts specific to health and transgender individuals [25]. The translation also drew on academic knowledge of linguistics (G.M.), experiential knowledge of being a transgender person (A.B.), and first-hand experience of parts of the ICD revision process (A.B. and M.G.).

3. Results

3.1. Description of Participants

Socio-demographic features of participants are presented in Table 1, original answers and translations are available in Supplementary Table S1. No participant accessed surgery before or without hormonal treatment.

Table 1. Socio-demographic features.

Total Sample (<i>n</i> = 72)			
	<i>mean (SD; range)</i>		
Age (years)	27.7 (9.7; 18–50)		
Monthly income (euros)	921.0 (1100.4; 0–6000)		
Education (years)	13.8 (2.5; 9–20)		
Age of access to medical transition (years, <i>n</i> = 60)	25.2 (9.0; 14–50)		
	<i>n (%)</i>		
Marital status—single	52 (72.2%)		
Children—none	65 (90.3%)		
Sex assigned at birth—female	28 (38.9%)		
Sex assigned at birth—male	44 (61.1%)		
Sex assigned at birth—intersex	0 (0.0%)		
		Sex assigned at birth—female	Sex assigned at birth—male
Gender—woman	34 (47.2%)	0 (0.0%)	34 (77.3%)
Gender—man	22 (30.6%)	22 (78.6%)	0 (0.0%)
Gender—transwoman/transman	8 (11.1%)	4 (14.3%)	4 (9.1%)
Gender—other	8 (11.1%)	2 (7.1%)	6 (13.6%)

The question on the appropriate French translation of gender incongruence was answered by 43 (59.7%) participants, of which 25 (58.1%) chose to translate differently than the official translation, leaving it approved by 25.0% of total participants. No participant proposed an original translation. The 42 (58.3%) who expressed their opinion on the relevancy of ‘gender incongruence’ to refer to themselves and other transgender individuals gave 11 (26.2%) positive, 11 negative (26.2%), and 20 neutral (47.6%) answers. While the question was open-ended, participants spontaneously used these three categories. In the end, only 3 (4.2%) participants gave positive feedback on the official translation.

3.2. Participants’ Propositions

The participants gave 69 justifications for their proposals—a 95.8% response rate—organized around two central components: usage and concepts. Some participants chose to complete their explanations in the open-ended comments at the end of the study. For this reason, we chose to include them in the final analysis, adding 19 rationales. This brought the total number of submissions to 88. Usage was the most discussed aspect, and 72 (81.8%) arguments were classified by researchers into three themes, using eight distinct codes:

- the term was deemed unsuitable by 33 (45.8%) arguments: too complex (*n* = 16; 48.5%), vague (*n* = 10; 30.3%), dated (*n* = 5; 15.2%), or unpronounceable (*n* = 2; 6.1%): “Incongruence is a word that is not related to current events, it is not new enough, not used in the common vocabulary. We need something simpler and especially not word-for-word which is the worst thing to do. It seems to imply out of place or off topic. The cultural aspect is not taken into account here because incongruence is a word that does not pass in French”;
- the negative connotation of the term was highlighted by 22 (30.6%) arguments, 17 (77.3%) considered it pejorative, and others associated it with abnormality: “When I hear incongruence, I hear abnormal. I find it stigmatizing in French. It’s a cis-normative term”;
- the remaining arguments (*n* = 17; 23.6%) expressed disapproval with the term, whether because of personal dislike (*n* = 13; 76.5%) or for its medical consonance: “It’s still a medical term. I don’t like medical terms because identity is not medical. Besides, we don’t say a cis person is gender congruent”.

Out of the 88 arguments, 22 (25.0%) focused on concepts:

- whether the diagnosis should refer to medical transition or an individual's identity was discussed in 9 (40.9%) arguments: "Good before transition but during, it's average. It'd be more appropriate for people before their transition because incongruence is tied to the moment when you don't really know, so before coming out. When you're sure, you're no longer incongruent";
- the diagnostic utility was directly challenged in 6 (27.3%) arguments: "Not naming us is better, I don't want to be seen as a trans person but as a man";
- the switch from sex to gender was discussed in 4 (18.2%) arguments: "Because this term is not about 'sexual', it is not associated with sexual activities which have nothing to do with us";
- the term was discussed as related to the body in 3 (13.6%) arguments, with mixed feedback: "It's a term showing the body does not follow".

Outside of this usage and concepts framework, 16 (18.2%) arguments were on a higher meta level where 12 (75.0%) expressed overall satisfaction regarding their involvement, ranging from noting an improvement to feeling satisfied, and 4 (25.0%) pointed to the futility of creating new terms in an already saturated field.

Alternative propositions ($n = 71$; 98.6%) from participants are presented in Table 2. Conceptually, they focus on expressing identity ($n = 31$; 43.7%), medical transition ($n = 22$; 31.0%), or pathology ($n = 13$; 18.3%). At the end of the questionnaire, 19 (26.8%) participants spontaneously mentioned terms they found inappropriate and why:

- "transsexual" was cited 13 (68.4%) times as a term not to use because it confuses sex and gender ($n = 7$; 53.8%) and is pejorative (4; 30.8%);
- "sex/gender change" because gender doesn't change ($n = 2$; 66.6%) and sex change is a cis-normative narrative focusing on sexual organs;
- "trans*" and "transgender" with the only justification being that "the sound 'trans' reminds of porn" ($n = 1$; 33.3%).

Table 2. Alternative propositions of terms for ICD-11.

Propositions	Literal Translations	Occurrences ($n = 71$)
Transgenre ¹	Transgender	15 (21.1%)
Transidentité ¹	Transidentity	11 (15.5%)
Transition ²	Transition	9 (12.7%)
Dysphorie de genre ³	Gender dysphoria	8 (11.3%)
Changement de genre ²	Gender change	3 (4.2%)
Parcours transgenre ²	Transgender path	3 (4.2%)
Dysphorie ³	Dysphoria	2 (2.8%)
Acceptation de l'identité ²	Acceptance of identity	1 (1.4%)
Adaptation du genre ²	Gender adaptation	1 (1.4%)
Affirmation de l'identité de genre ²	Affirmation of gender identity	1 (1.4%)
Affirmation de l'identité personnelle ²	Affirmation of personal identity	1 (1.4%)
Binaire	Binary	1 (1.4%)
Chimère	Chimera	1 (1.4%)
Diversité du/des genre(s) ¹	Gender diversity	1 (1.4%)
Homme-Fleur	Man-flower	1 (1.4%)
Inadaptation du genre ³	Gender inadequacy	1 (1.4%)
Incongruence corporelle du genre	Gender bodily incongruence	1 (1.4%)
Personne trans ¹	Trans person	1 (1.4%)
Questionnement sur la transidentité ¹	Questioning transidentity	1 (1.4%)
Réassignation ²	Reassignment	1 (1.4%)
Réassigné de l'identité ¹	Identity-reassigned	1 (1.4%)

Table 2. Cont.

Propositions	Literal Translations	Occurrences (n = 71)
<i>Shemale</i>	Shemale	1 (1.4%)
Singularité de genre ¹	Gender Singularity	1 (1.4%)
Transsexualisme ³	Transsexualism	1 (1.4%)
Transsexuel ³	Transsexual	1 (1.4%)
Transformation de l'identité ²	Identity transformation	1 (1.4%)
Transition de genre social ²	Social gender transition	1 (1.4%)

These propositions were categorized as expressing: ¹ identity, ² medical transition, or ³ pathology.

3.3. Translation Process of ICD-11 from English to French

The final translation step highlighted several discrepancies, as summarized in Table 3. We found that some English ICD-11 terms lacked a single referential translation in French. Those terms and translation decisions contributed to a loss of the original meaning and possibly to a total loss of meaning on a sentence scale. Consensus building did not support that variation in terminology was related to contextual use adaptations, and highlighted several instances where the French version translated facts into feelings. For example, “experienced gender” is translated as “felt gender” or “gender with which a person identifies”, and “anticipated” as “supposed” in “anticipated [...] sex characteristics”. Moreover, “incongruence” was systematically translated by “discordance” besides the diagnosis itself.

Table 3. Discrepancies between translations.

English Terms	French Terms (n)	Proposed Terms (n)
incongruence	discordance (3); sentiment de discordance (1) genre auquel une personne s'identifie (2);	incongruence (4) *
experienced gender	genre ressenti (2); sexe vécu (1); genre vécu (1)	genre vécu (6)
gender variant	qui varient en fonction du sexe (3)	de variation de genre (3)
gender	sexe (1)	genre (1)
anticipated [...]	caractéristiques sexuelles	caractéristiques sexuelles [...]
sex characteristics	[...] supposées (2)	anticipées (2)

* The term incongruence has been translated literally, but this choice would have to be questioned in the event of modification of the diagnostic terms in French.

4. Discussion

Our methodology is well adapted to the analysis of experiential knowledge. However, generalizing results faces limitations as the geographic sample is not representative of the whole French-speaking population, and as participation in scientific studies involves biases in representation. Rather than providing direct answers, this paper gives access to trans perspectives on the WHO data set of ICD-11 translation. Key points on translation and revision are discussed below.

The French correction of “gender incongruence” does not show up favorably in the results, both in terms of usage and representation. The participants report that when used in context, the term clashes with everyday language, making it unintelligible and highlighted. This highlight is negatively connoted by two distinct mechanisms: derogatory use tied to abnormality and dislike tied to pathologization. These notions of abnormality and pathology are brought together under the same theme among transphobic microaggressions, which may explain their negative connotation [16].

These negative connotations question the WHO's decision to keep pathologizing TGD individuals, particularly when participants question whether the focus of the diagnosis should be on identity or access to medical transition. Some participants suggested giving

the term a corporal dimension to put the emphasis on depsychopathologization, while other participants suggested abandoning the concept altogether. Although dropping the concept was also supported by part of the initial research team, this did not lead to a participatory dialogue with the participants [22]. These elements did not appear in the initial publication [20]. If limiting the diagnosis to medical transition would impact, for example, health promotion strategies addressing TGD populations' vulnerabilities [39], it is unrealistic to expect a medical diagnosis of the entire TGD population—especially given that recent studies show that only one in 15 transgender individuals is actually diagnosed [40]. Maintaining a gatekeeping of health services behind a diagnosis thus contributes to maintaining a community within a community and, in effect, medical power over the lives of TGD individuals [8].

This power struggle is apparent in the interaction of sex and gender in the research—a recurrent theme in participants' discourse. Medical research does not differentiate between the two, hindering the understanding of the phenomena and its application to trans health, where research is largely lacking [39]. Field studies conducted as part of the ICD-11 revision process on diagnosis associated with the TGD population [15] followed a two-step method of sex and gender data collection, as recommended in literature [37]. In this paper, the analysis was based on the questionnaire results. Table 1 shows groups analyzed in the initial paper [20] were not consistent with participants' responses. After further investigation, the initial analyses relied on a retrospective gender recategorization of gender-diverse participants into a binary model. In practice, resulting categories are based on sex and not gender, with the additional drawback of discriminatorily excluding three persons from the analysis based on their gender expression. This step does not appear in the paper [20], is not based on up-to-date knowledge of health behaviors of gender diverse individuals [41], contributes to erase gender diversity from research, demonstrates the impact of a cis-normative view of gender expression on research methodology [22], and in this way, supports the hypothesis of a disconnection between the research team and other stakeholders [22].

The French translation of ICD-11 followed a three-step process: a NLP pipeline provides an infrastructure for a second translation step [28], followed by a back translation with harmonization of term equivalence [25,26]. The NLP step, which relies on NMT for short or long texts, aims to facilitate and accelerate the translation process [28]. Contrary to what we anticipated, biases exist in the final product and relate to psychopathologization of TGD individuals. The text evokes a NMT translation without human proofreading and the final descriptions biases would then be entirely caused by the NLP step. This is consistent with the automated pipeline being based on the fairseq toolkit [42], pretrained on reference corpora, combining official and press documents, and then retrained on a corpus of existing medical terminologies [28]. It is therefore not surprising psychopathological microaggressions [16] appear in the translation. Given current knowledge on automatic data debiasing [29,30], and beyond facilitating and accelerating the translation process, applying NLP techniques to medical terminologies places the responsibility of intersectionally debiasing the output on the translation team. Otherwise, health gaps would be automatically reproduced and amplified within medical classifications with general practical consequences on the health of communities [27].

The results point to failures of the translation stage larger than the initial error in the diagnosis itself and question the translation team and the TGD health experts' socio-cultural competence. Moreover, we question back translation as some terms do not have one-to-one equivalences and these discrepancies cannot be explained by usage in context. We can also note that, outside of diagnosis, the term “incongruence” has been translated as “discordance” in the French version of ICD-11. Usage in context led to “incongruence” being translated into Spanish as “discordance”, and our findings suggest a similar situation in French.

5. Conclusions

Ultimately, these results question the relevance and implementation of the depsychopathologization process carried out by the WHO for ICD-11 and highlight failures at all three stages of the official French translation. Power issues have an impact on the production of knowledge on TGD individuals both within research or public debates and on a global or national scale. While mechanisms vary, they all relate to epistemic injustice and notably to maintaining wanted ignorance [9], and their impact is systematically to the detriment of TGD individuals.

Involving TGD populations in all stages of medical knowledge production processes would allow a unified approach able to develop individualized strategies to face each problem to be proposed. If the possibility of collaborative work is not seized for ICD-11, having individuals with personal stakes involved in politicized research areas appears even more necessary today.

Supplementary Materials: The following supporting information can be downloaded at: <https://www.mdpi.com/article/10.3390/ijerph191911983/s1>, Table S1: Original French answers and English translations.

Author Contributions: Conceptualization, A.B.; methodology, A.B. and M.G.; validation, A.B., M.G. and F.D.; formal analysis, A.B. and M.G.; data curation, A.B.; writing—original draft preparation, A.B.; writing—review and editing, M.G. and F.D.; supervision, F.D. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: The initial study on which this paper is based received financial support from the French Ministry of Solidarity and *Maison Dispersée de Santé*.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Institutional Review Board of the *Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV*, the *Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé*, and the *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*.

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Data were accessed by a convention with the World Health Organization Centre for research and training in mental health (*EPSM Lille-Métropole*) which does not allow public release of materials. Initial study data can be accessed upon request to the owner.

Acknowledgments: The authors would like to thank Marie de la Chenelière for her reviews, comments, and inside knowledge of systems. We extend our gratitude to the World Health Organization Collaborating Centre *pour la Famille des Classifications Internationales* for providing assistance in understanding the French translation process. The initial study was conducted by the World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health (*EPSM Lille-Métropole*). Data access was provided through a convention with the center, and for this, the authors would like to thank the other persons involved in the initial study: Françoise Askevis-Leherpeux, Marie-Jeanne Martin, and Jean-Luc Roelandt.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. A.B. worked in the coordination team of the initial study as an employee of *EPSM Lille-Métropole*.

References

1. Thorne, N.; Yip, A.K.T.; Bouman, W.P.; Marshall, E.; Arcelus, J. The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *Int. J. Transgend.* **2019**, *20*, 138–154. [\[CrossRef\]](#)
2. Wadman, M. 'Rapid onset' of transgender identity ignites storm. *Science* **2018**, *361*, 958–959. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
3. Baleige, A.; de la Chenelière, M.; Dassonneville, C.; Martin, M.-J. Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France. *Transgender Health* **2021**, *7*, 1–6. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
4. Le Carboulec, R. Mineurs trans: Des groupuscules conservateurs passent à l'offensive. *Mediapart* **2022**. Available online: <https://www.mediapart.fr/journal/france/170522/mineurs-trans-des-groupuscules-conservateurs-passent-l-offensive> (accessed on 1 August 2022).
5. Giami, A.; Nayak, L. Controverses dans les prises en charge des situations trans: Une ethnographie des conférences médico-scientifiques. *Sci. Soc. Santé* **2019**, *37*, 39–64. [\[CrossRef\]](#)

6. World Health Organization. *Promoting Health: Guide to National Implementation of the Shanghai Declaration*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2017.
7. Foucault, M. *L'archéologie du Savoir*; Gallimard: Paris, France, 2008; ISBN 2070119874.
8. Baleige, A.; Guernut, M. Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies. *Implic. Philos.* **2021**. Available online: <http://www.implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies> (accessed on 1 August 2022).
9. Fricker, M.; Jenkins, K. Epistemic Injustice, Ignorance, and Trans Experiences. In *Routledge Companion to Feminist Philosophy*; Garry, A., Khader, S.J., Stone, A., Eds.; Routledge: New York, NY, USA, 2017.
10. Fairclough, N. *Language and Power*, 3rd ed.; Routledge: Abingdon Oxon, UK, 2015; ISBN 9781138790971.
11. Preciado, P.B. *Je Suis Un Monstre Qui Vous Parle*; Grasset: Paris, France, 2020.
12. Kuhn, T. *The Structure of Scientific Revolutions*, 4th ed.; Princeton University Press: Princeton, NJ, USA, 2015; ISBN 9780226458113.
13. Castro-Peraza, M.E.; García-Acosta, J.M.; Delgado, N.; Perdomo-Hernández, A.M.; Sosa-Alvarez, M.I.; Llabrés-Solé, R.; Lorenzo-Rocha, N.D. Gender Identity: The Human Right of Depathologization. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 978. [CrossRef]
14. Reed, G.M.; Drescher, J.; Krueger, R.B.; Atalla, E.; Cochran, S.D.; First, M.B.; Cohen-Kettenis, P.T.; Arango-de Montis, I.; Parish, S.J.; Cottler, S.; et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* **2016**, *15*, 205–221. [CrossRef]
15. Robles, R.; Keeley, J.W.; Vega-Ramírez, H.; Cruz-Islas, J.; Rodríguez-Pérez, V.; Sharan, P.; Purnima, S.; Rao, R.; Rodrigues-Lobato, M.I.; Soll, B.; et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. *Int. J. Clin. Health Psychol.* **2022**, *22*, 100281. [CrossRef]
16. Nadal, K.L.; Whitman, C.N.; Davis, L.S.; Erazo, T.; Davidoff, K.C. Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *J. Sex Res.* **2016**, *53*, 488–508. [CrossRef]
17. Drescher, J.; Cohen-Kettenis, P.T.; Reed, G.M. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry* **2016**, *3*, 297–304. [CrossRef]
18. Cabral, M.; Suess, A.; Ehrt, J.; Seehole, T.J.; Wong, J. Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: A human rights perspective. *Lancet Psychiatry* **2016**, *3*, 405–406. [CrossRef]
19. Wylie, K.; Knudson, G.; Khan, S.I.; Bonierbale, M.; Watanyusakul, S.; Baral, S. Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet* **2016**, *388*, 401–411. [CrossRef]
20. Askevis-Leherpeux, F.; de la Chenelière, M.; Baleige, A.; Chouchane, S.; Martin, M.-J.; Robles-García, R.; Fresán, A.; Quach, A.; Stona, A.-C.; Reed, G.; et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *Eur. Psychiatry* **2019**, *59*, 8–14. [CrossRef]
21. Rose, D. Participatory research: Real or imagined. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **2018**, *53*, 765–771. [CrossRef]
22. de la Chenelière, M. From patient to researcher: Personal empowerment journey related to transidentity. *Inf. Psychiatr.* **2018**, *94*, 817–823. [CrossRef]
23. Sweeney, A.; Beresford, P.; Faulkner, A.; Nettle, M.; Rose, D. *This Is Survivor Research*; Ross-on-Wye PCCS Books: Ross-on-Wye, UK, 2009; ISBN 9781906254148.
24. Rose, D. Survivor-produced knowledge. In *This Is Survivor Research*; Sweeney, A., Beresford, P., Faulkner, A., Nettle, M., Rose, D., Eds.; Ross-on-Wye PCCS Books: Ross-on-Wye, UK, 2009; pp. 38–43. ISBN 9781906254148.
25. World Health Organization. Translation and Linguistic Evaluation Protocol and Supporting Material. In *Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2010; pp. 1–8.
26. Ozolins, U.; Hale, S.; Cheng, X.; Hyatt, A.; Schofield, P. Translation and back-translation methodology in health research—A critique. *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res.* **2020**, *20*, 69–77. [CrossRef]
27. Reed, G.M. Vers la CIM-11: Créer un espace pour une diversité de perspectives. *Inf. Psychiatr.* **2011**, *87*, 169. [CrossRef]
28. Skianis, K.; Briand, Y.; Desgrappes, F. Evaluation of Machine Translation Methods applied to Medical Terminologies. In Proceedings of the 11th International Workshop on Health Text Mining and Information Analysis; Association for Computational Linguistics: Stroudsburg, PA, USA, 2020; pp. 59–69.
29. Tomalin, M.; Byrne, B.; Concannon, S.; Saunders, D.; Ullmann, S. The practical ethics of bias reduction in machine translation: Why domain adaptation is better than data debiasing. *Ethics Inf. Technol.* **2021**, *23*, 419–433. [CrossRef]
30. Sun, T.; Gaut, A.; Tang, S.; Huang, Y.; ElSherief, M.; Zhao, J.; Mirza, D.; Belding, E.; Chang, K.W.; Wang, W.Y. Mitigating gender bias in natural language processing: Literature review. In Proceedings of the 57th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics, Florence, Italy, 28 July 2019; pp. 1630–1640. [CrossRef]
31. Shearer, E.; Martin, S.; Petheram, A.; Stirling, R. Racial Bias in Natural Language Processing: Research Report, August 2019. Available online: https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/shared_racial_bias_in_natural_language_processing_-_report.pdf (accessed on 1 August 2022).
32. Borkman, T. Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Soc. Serv. Rev.* **1976**, *3*, 445–456. [CrossRef]
33. Askevis-Leherpeux, F.; Hazo, J.-B.; Agoub, M.; Baleige, A.; Barikova, V.; Benmessaoud, D.; Brunet, F.; Carta, M.-G.; Castelpietra, G.; Crepaz-Keay, D.; et al. Accessibility of psychiatric vocabulary: An international study about schizophrenia essential features. *Schizophr. Res.* **2022**, *243*, 463–464. [CrossRef] [PubMed]

34. Robles-García, R.; Fresán, A.; Real, T.; Domínguez-Martínez, T.; Rascón, M.L.; Hernández, O.; Muñoz, C.; González, A.; Brunet, F.; Baleige, A.; et al. Accessibility, acceptability, and adequacy of schizophrenia definition according to experts by experience: An ICD-11 field study of patients and relative caregivers in Mexico. *Psychosis* **2020**, *14*, 34–45. [[CrossRef](#)]
35. Roelandt, J.-L.; Baleige, A.; Koenig, M.; Demassiet, V.; Agoub, M.; Barikova, V.; Benmessaoud, D.; Brunet, F.; Carta, M.-G.; Castelpietra, G.; et al. How service users and carers understand, perceive, rephrase, and communicate about “depressive episode” and “schizophrenia” diagnoses: An international participatory research. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **2020**, *55*, 1201–1213. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Robles, R.; Fresán, A.; Vega-Ramírez, H.; Cruz-Islas, J.; Rodríguez-Pérez, V.; Domínguez-Martínez, T.; Reed, G.M. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* **2016**, *3*, 850–859. [[CrossRef](#)]
37. Winter, S.; Diamond, M.; Green, J.; Karasic, D.; Reed, T.; Whittle, S.; Wylie, K. Transgender people: Health at the margins of society. *Lancet* **2016**, *388*, 390–400. [[CrossRef](#)]
38. Barnett-Page, E.; Thomas, J. Methods for the synthesis of qualitative research: A critical review. *BMC Med. Res. Methodol.* **2009**, *9*, 59. [[CrossRef](#)]
39. Reisner, S.L.; Poteat, T.; Keatley, J.; Cabral, M.; Mothopeng, T.; Dunham, E.; Holland, C.E.; Max, R.; Baral, S.D. Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* **2016**, *388*, 412–436. [[CrossRef](#)]
40. Zhang, Q.; Goodman, M.; Adams, N.; Corneil, T.; Hashemi, L.; Kreukels, B.; Motmans, J.; Snyder, R.; Coleman, E. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int. J. Transgender Health* **2020**, *21*, 125–137. [[CrossRef](#)]
41. Callander, D.; Newman, C.E.; Holt, M.; Rosenberg, S.; Duncan, D.T.; Pony, M.; Timmins, L.; Cornelisse, V.; Duck-Chong, L.; Wang, B.; et al. The Complexities of Categorizing Gender: A Hierarchical Clustering Analysis of Data from the First Australian Trans and Gender Diverse Sexual Health Survey. *Transgender Health* **2021**, *6*, 74–81. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
42. Ott, M.; Edunov, S.; Baevski, A.; Fan, A.; Gross, S.; Ng, N.; Grangier, D.; Auli, M. fairseq: A Fast, Extensible Toolkit for Sequence Modeling. *Nature* **2019**, *388*, 539–547.

Article de résultats 4

[a08] Baleige A, Denis F. A trans & queer discursive approach to gender diversity and misgendering in the transgender and gender diverse population: Queering a study for ICD-11. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2025, 22, 178. <https://doi.org/10.3390/ijerph2202178>

A trans & queer discursive approach to gender diversity and misgendering in the
transgender and gender diverse population:
Queering a study for ICD-11

Anna BALEIGE, Frédéric DENIS

International Journal of Environmental Research and Public Health

RÉSUMÉ [a08]

Introduction.

La production de connaissances sur les personnes transgenres et de genre divers (TGD) est un défi majeur de stratégie de santé publique. Il existe cependant plusieurs limites systémiques, notamment l'exclusion ou l'exploitation des personnes TGD par les systèmes de recherche qui reproduisent des discriminations systémiques en intégrant des normes sociales comme des évidences naturelles. Cette situation est particulièrement préoccupante en recherche biomédicale et contribue à l'invisibilisation de la diversité de genre des participants.

Méthodes.

Cette recherche trans illustre des défis méthodologiques en revisitant une étude antérieure et en se concentrant sur les mégenrages comme élément discursif. Nous avons basé notre travail sur des données discursives rapportées par les participants TGD à une étude CIM-11 sur l'incongruence de genre. Nous avons eu recours à des analyses de réseaux pour décrire des différences potentielles entre l'identité de genre déclarée et les pratiques discursives.

Résultats.

Nos résultats mettent en évidence un écart entre l'identité de genre déclarée et les pratiques discursives, faisant passer le nombre de participants non binaires de l'échantillon de 15 (20,8 %) à 36 (50,0 %). En outre, les mégenrages et l'utilisation de termes péjoratifs sont plus fréquentes à l'égard des personnes de genre divers. L'orientation sexuelle présente une tendance similaire.

Discussion.

Cette étude révèle la reproduction des normes sociales dans les processus de recherche et les savoirs médicaux, ainsi que la façon dont, d'un point de vue individuel, leur non-respect semble être un facteur clé dans l'expérience des personnes TGD. Par cet exemple méthodologique simple, nous espérons promouvoir une meilleure intégration du genre et de l'orientation sexuelle dans les processus de recherche et les connaissances médicales.



Article

A Trans and Queer Discursive Approach to Gender Diversity and Misgendering in the Transgender and Gender Diverse Population: Queering a Study for ICD-11

Anna Baleige ^{1,*}  and Frédéric Denis ^{1,2}

¹ EA 75-05 Éducation Éthique Santé, Faculté de Médecine, Université François-Rabelais Tours, 2 Boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France; frederic.denis@univ-tours.fr

² Service d'odontologie, Centre Hospitalier Universitaire de Tours, 2 Boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France

* Correspondence: baleige.a@gmail.com

Abstract: Producing knowledge about transgender and gender-diverse (TGD) individuals is a core public health strategy challenge. Yet several systemic limitations arise, notably the exclusion or exploitation of TGD individuals by research systems reproducing systemic discrimination by embedding social norms as self-evident facts of nature. This is particularly worrying in biomedical research, and contributes to the invisibilization of participants' gender diversity. This trans research illustrates methodological challenges through queering an earlier study by focusing on misgendering as a discursive element. We based our work on discursive materials reported by TGD participants in an ICD-11 study on gender incongruence. We used network analyses to illustrate potential differences between declared gender identity and discourse practices. Our results highlight a gap between declared gender identity and discourse practices, bringing the number of non-binary participants in the sample from 15 (20.8%) to 36 (50.0%). Moreover, misgendering and the use of derogatory terms are more common toward gender-diverse individuals. Sexual orientation shows a similar trend. This study reveals the reproduction of social norms within research processes and medical knowledge, as well as how, from an individual perspective, their non-compliance seems to be a key factor in TGD individuals' experience. By providing this simple methodological example, we hope to promote better integration of gender and its various dimensions into biomedical and public health research.

Keywords: transgender persons; sexual and gender minorities; terminology as topic; knowledge; community-based participatory research



Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 13 December 2024

Revised: 10 January 2025

Accepted: 18 January 2025

Published: 28 January 2025

Citation: Baleige, A.; Denis, F. A Trans and Queer Discursive Approach to Gender Diversity and Misgendering in the Transgender and Gender Diverse Population: Queering a Study for ICD-11. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2025**, *22*, 178. <https://doi.org/10.3390/ijerph22020178>

Copyright: © 2025 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Promoting health among transgender and gender-diverse people (TGD) has become a central concern of the health policies affecting them. A growing body of scientific literature, particularly from a global health perspective, points to major health inequalities compared with the general population [1]. Discrimination is now argued as the main source of these inequalities, both in scientific literature [1–4] and in reports from grassroots organizations [5]. Moreover, healthcare professionals have been identified as a major source of discrimination [6], while at the same time biomedical research focuses mainly on reductionist approaches, most notably the minority stress model [7].

Minority stress was originally designed to account for the impact of discrimination based on sexual orientation in a way that was easily digestible for biomedical ideological frameworks [8]. The minority stress model developed by Meyer is based on an engineering

analogy of stress, where all people live under the loads of individual and social stressors, with minority stress conceptualized as a third source of stress specific to non-heterosexual people [7]. Based on its effectiveness in understanding the mental health issues of non-heterosexual people, this model was transposed directly to TGD persons [9]. TGD people's specific situation led to further developments and critiques of the model, which became independent and adopted as the gender minority stress model [8,9]. The central critique concerns the inadequacy of conceptualizing TGD stress as a variable independent of common stressors, or even integrating it solely through the prism of the individual integration of social norms [9]. Contributions from community and TGD health research have led to a reconceptualization of stress in the gender minority model as a consequence of the social environment in which TGD people exist [10]. Here, minority stress stems from the effect of social norms and ideologies on people's social environment, impacting on their health, including their mental health [8,9]. In practice, the two have become autonomous models, and advances in the gender minority stress model have led to a global epistemological rethinking of how to integrate social norms into social practices and environments, raising the issue of their integration into research frameworks and practices [8].

A growing body of health research is incorporating normative elements from queer theories, in particular questioning social norms that shape our social practices: cis-normativity, hetero-normativity, binary genderism, or gender-normativity [8,11]—respectively, the norm of cisgenderism [12], heterosexuality, gender binarity, or gender experience (for more details, see [11]). While the latter provides a better understanding of TGD people's oppression within social structures, they were in turn criticized by transmaterialist approaches stemming from transfeminism as abstract and disconnected from TGD people's reality, and hence from means of intervention [13]. Building on Stone's work [14], transmaterialism proposes a reading centered on the practical constraints in which TGD people evolve [13]. It is no longer a question of understanding how stress factors add up, or how the multiplication of transgressions to norms creates oppression, but how these factors and transgressions intersect to create radically different conditions of existence from which oppressions arise. Today, the multiplicity of models stemming from diverse scientific fields contributes to our difficulty in tackling these issues from a research stance [8], where it is noted that TGD people are generally rendered invisible in research productions and methodologies [15,16]. Moreover, the scientific fields coupled with the most discriminatory disciplines and practices produce the least effective explanatory models. There is therefore a real and practical need to improve biomedical understanding of vulnerabilities and oppressions experienced by TGD people, through the development and generalization of transdisciplinary approaches.

On the opportunity of the eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11), the World Health Organization (WHO) proceeded with what has been characterized as a depsychopathologized pathologization of TGD persons through the nosographic concept of gender incongruence [17,18]. This concept follows the cisnormative narrative inherited from the early 19th century [19], albeit its normative nature, i.e., that some people do not have a gender identity congruent with their assigned category at birth (ACAB). This discrepancy between perception and attribution would justify medical intervention, and medical authority would reinforce social norms in a world of slightly greater tolerance for TGD persons. The WHO based its reform on international field studies opposing its nosographic construction of gender incongruence to gender dysphoria [20]. Such narrow methodological framing highlights the temporal gap between humanities and nosographic research, whose intrinsically normative nature should put it in the avant-garde.

One of these field studies, carried out in France [21], claimed a participatory dimension by including TGD researchers in its methodology, and by carrying out the study at the

Lille *Maison Dispersée de Santé* (MDS), a national landmark that pioneered an approach focused on harm reduction rather than on an intrinsically normative care pathway [18,22]. This involvement resulted in an additional questionnaire designed in collaboration with TGD members and specifically addressing their concerns [23,24]. However, while the existence of this questionnaire was instrumental in providing access to field knowledge and resources, its exploitation was never intended by the core—and cisgender—research team [23], limiting its existence to a doubly political argument: inside the study to gain access to the communities, and outside to artificially increase the validity of a nosographic modification from which TGD people remained effectively excluded [25]. Either way, this dataset presents both a rare opportunity to explore the discursive dimension of gender in TGD people, and a landmark in depsychopathologizing transness.

Data access was particularly challenging, involving nearly two years of procedures, even though the first author was a member of the study's steering committee. Its analysis has already been the subject of two scientific publications from a trans perspective: one designed to contribute to public policy by reporting direct recommendations from TGD participants for promoting their health [26], the other investigating discriminatory biases in institutional and research processes [27]. These studies highlighted how the initial publication invisibilized a large part of the participants' gender diversity by essentializing their gender identity within binary norms consistent with gender incongruence [26,27]. Thus, out of the 72 participants, the number of people existing outside binary genderism was reduced from 15—based on self-reported gender identity [26]—to 3 branded “queer” and removed from analyses [21] (see [15] for recommendations and examples of improved research practices).

It has been suggested that a better integration of sex and gender distinction would contribute to the validity of public health studies and improve our understanding of reality [1,15]. This paper therefore proposes to apply a trans and queer approach by focusing on a recurrent theme in health discrimination research: misgendering. Misgendering is an umbrella concept admitting several definitions and levels of application. For the purposes of this article, we will focus on the community definition of individual misgendering, i.e., not correctly gendering a person in a social interaction.

Rather than an explicit contribution to trans or queer studies, this paper focuses on queering [28] a pre-existing study. Its main objective is to contribute to enriching the discussion on better consideration of gender diversity in routine biomedical research by distancing the notion of misgendering from simplistic models based on gender identity—see, for example, [29]. As misgendering is a discursive practice, this study moves away from gender identity to look at how people talk and feel it is appropriate to talk about themselves. In so doing, it draws on a conception of language as a social practice, and of discourse as inscribed in a social context with which it interacts through processes of production and interpretation [30]. While the methodology applied is not, strictly speaking, critical discourse studies, it fits into a broader dynamic of integrating this field's contributions into public health research [31].

Its main objectives are to account for gender diversity within a community of TGD people previously considered 95.8% binary [21], and to illustrate the possibility of norm-critical approaches within public health research. Using variables from the study's main questionnaire, secondary objectives are to account for the interaction-specific nature of misgendering and the impact of the following: people's requests to be gendered correctly, experiences of rejection and violence, and sexual orientation.

2. Materials and Methods

2.1. Epistemic Challenges

This paper draws on the first author's experiential knowledge to reflect a trans and queer perspective. Indeed, it has been argued that the reproduction of normative frameworks in research stems notably from alterity between researchers and their research objects, leading to the development of new perspectives in trans and queer studies [16]. In this respect, this paper has a participatory dimension since it involves experiential knowledge in the subjectivity intrinsic to all research. It is also political, since these experiential knowledges can also be conceptualized as subjugated knowledge [32] in a minority context, and their revelation aims to contribute to changing research frameworks towards greater inclusivity and a better understanding of the complexity of the living world. Finally, it ties in with the depsychopathologization of trans persons and their experiences facing psychiatric medical authority—conceptualized and experienced as oppressive [17]. In all respects, it fits in with approaches developed by survivor research, which can attest to their greater relevance and ecological validity [33,34].

2.2. Ethical Conformity

The protocol complied with the Helsinki Declaration of 1975—as revised in 2008—and the WHO Good Clinical Research Practice guidelines. The research received approval from French biomedical research authorities: the *Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV*, the *Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé*, and the *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*. Informed written consent was obtained from every participant.

Data access was provided through a free of charge convention with the center.

2.3. Materials

Data were extracted from the 2017 study conducted at MDS in collaboration with WHO. Seventy-two transgender individuals receiving care at MDS voluntarily participated in the study. They were interviewed using two questionnaires: the main questionnaire translated and adapted from the one used in the Mexican study [35], and an additional one specific to the French study [21].

Primary data were obtained from five questions in the additional questionnaire: “during your transition, what word(s) did: you use most to refer to yourself? (QA1)/healthcare professionals use most to refer to you? (QA2)/your family or friends use most to refer to you? (QA3)/others use most to refer to you? (QA4)”; “Which of these words do you think would be most appropriate to refer to yourself and people transitioning? (QA5)”.

Remaining data were obtained from the main questionnaire. ACAB and gender identity were collected using a two-step method [36]. The questionnaire provided three modalities for the ACAB variable (female, intersex, and male) and five for the gender identity variable (genderqueer, intersex, man, transgender man/woman, and woman). Both questions also allowed for free responses.

Data for secondary analyses were also obtained from the main questionnaire: request to be gendered differently: overall/specifically by family and friends (binary yes/no); experiences of rejection and violence: overall/specifically by family and friends (binary yes/no); sexual attraction (men, women, both, none, and free answers).

2.4. Analyses

We first separated terms used to designate persons from other terms (notably derogatory, i.e., terms used as direct or micro-aggressions [37]) among answers to questions QA1–5. Derogatory terms were classified. Terms used to designate persons were categorized ac-

cording to their grammatical gender and usage in context. The French language only features two genders (feminine and masculine), but an increasing number of expressions and emerging pronouns are being used to express neutral or other genders [38,39]. On this basis, data were categorized by the first author into feminine, masculine and neutral genders. Data from questions QA1 and QA5 were used as a basis for misgendering analyses among responses to questions QA2–4, each representing a group.

Results were arranged as co-occurrence networks to capture possible discrepancies between ACAB, gender identity, and discursive gender both employed by the individual and by healthcare professionals, family and friends, and others. Co-occurrence networks were created using Cytoscape v3.9.1. Based on graph theory, this software enables the analysis and visualization of complex networks.

For secondary objectives, we performed comparisons, based on the chi-square test, with the following hypotheses:

- Individual misgendering is not group-specific;
- Requesting to be gendered differently has an impact on occurrences of misgendering;
- Misgendering is a form of aggression linked to rejection or violence;
- Misgendering is not linked to sexual orientation.

During analyses, we clustered certain variables as follows: accepted vs. marginalized sexual orientation and binary vs. non-binary gender discourse practice (using one gender vs. more than one). All statistical analyses were performed using R v4.2.2. Descriptive statistics included frequencies (in percentages) for categorical variables, means and range for continuous variables.

3. Results

Table 1 summarizes the characteristics of participants, including the differences between the categories used further in the analyses.

Table 1. Description of participants.

	Total (<i>n</i> = 72)	Pronouns in Discourse		Sexual Orientation	
		Binary (<i>n</i> = 36; 50.0%)	Non-Binary (<i>n</i> = 36; 50.0%)	Accepted (<i>n</i> = 32; 44.4%)	Marginalized (<i>n</i> = 40; 55.6%)
Assigned Category At Birth (<i>F/M</i>)	27 (37.5%)/ 45 (62.5%)	11 (30.6%)/ 25 (69.4%)	16 (44.4%)/ 20 (55.5%)	10 (31.3%)/ 22 (68.8%)	17 (42.5%)/ 23 (57.5%)
Gender Identity					
<i>Man</i>	22 (30.6%)	11 (30.6%) **	11 (30.6%) **	9 (28.1%)	13 (32.5%)
<i>Other</i>	15 (20.8%)	2 (5.6%) **	13 (36.1%) **	4 (12.5%)	10 (25.0%)
<i>Woman</i>	35 (48.6%)	23 (63.9%) **	12 (33.3%) **	19 (59.4%)	17 (42.5%)
Age (mean; range)	28.0; 18–50	29.7; 18–50	26.3; 18–48	31.2; 18–50	25.4; 18–48
Monthly income in euros (<i>n</i> = 71; mean; range)	995.9; 0–6000	961.2; 0–3000	1031.7; 0–6000	1117.1; 0–6000	896.5; 0–4000

** $\chi^2(2) = 11.5, p < 0.004$.

All participants (*n* = 72; 100.0%) completed the first questionnaire, as well as the additional questionnaire questions on terms used by oneself (QA1), by family and friends (QA2), and appropriate to talk about them (QA5). Response rates for other questions remained high, covering terms used by healthcare professionals (QA2, *n* = 70; 97.2%), and others (QA4, *n* = 68; 94.4%). Participants were able to provide multiple responses (mean; range) for: QA1 (1.5; 1–4), QA2 (1.8; 1–5), QA3 (2.2; 1–7), QA4 (1.9; 1–11), and QA5 (1.4;

1–4). No participant reported only derogatory terms at QA1 and QA5, unlike QA2 (3; 4.3%), QA3 (1; 1.4%), and QA4 (1; 1.5%).

When asked about terms commonly used to designate them, 20 (27.8%) participants reported derogatory terms: 13 (18.6%) by their healthcare professionals, 5 by family and friends (6.9%), and 8 (11.8%) by others. Answers contained 35 derogatory terms: 15 (42.9%) by both healthcare professionals and others, and 5 (14.3%) by family or friends. They were grouped into three categories: psychopathologizing (15; 42.9%), transphobic (12; 34.3%), and miscellaneous (8; 22.9%). The psychopathologizing category mainly reported transsexual (11; 73.3%) and originated primarily from health professionals (13; 86.7%). The transphobic category mainly used insults derived from transvestite (8; 66.7%) and the pronoun it (2; 16.7%) and originated primarily from others (9; 75.0%). The miscellaneous category included homophobic insults (4; 50.0%) and other insults not detailed in the data (3; 37.5%) and originated mainly from others and not healthcare professionals (6; 75.0%).

With some participants reporting only derogatory terms in their responses, following their exclusion, the misgendering analysis covered 67 (93.1%) participants for QA2 and QA4, and 71 (98.6%) for QA3. Terms were categorized according to their grammatical gender and usage in context into three groups: feminine (F), masculine (M), and neutral (N). The neutral category was intended to capture people who “use neutral turns of phrase” (participant) or neologisms to distinguish themselves from traditional French uses of masculine and feminine. Each response was assigned to a category. Those categories were used to categorize participants. The possibility of multiple responses led each participant to be characterized using 1 to 3 for each question. For 27 (37.5%) participants, both appropriate and used terms did not necessarily match in practice. Figure 1 details these relationships.

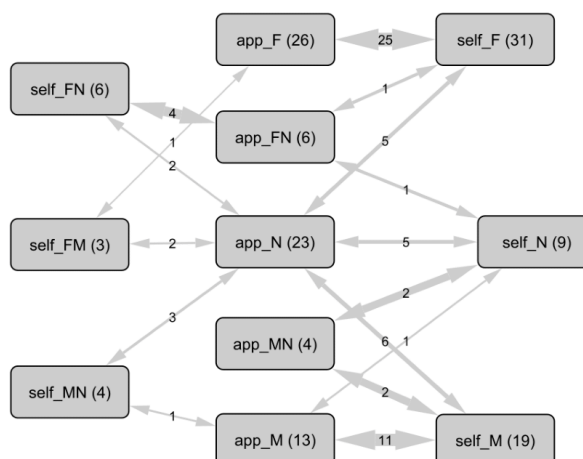


Figure 1. Network of relationships between categories of appropriate (app_) and used (self_) terms to talk about oneself (n = 72). Nodes represent categories (participants), edges represent co-occurrences and their respective counts. Modalities: feminine (F), masculine (M), and neutral (N). For example, among the 13 people stating that the masculine pronoun is the appropriate one to refer to them, 11 use it exclusively, 1 person uses neutral forms, and 1 person uses both.

For further analysis, we constructed a conceptual variable *pronouns*, which grouped together all categories used and appropriate for each participant. On this basis, answers to questions QA2, QA3, and QA4 that presented at least one different category were classified as misgendering, thus positioning ourselves in a hypothesis that doubly minimizes the occurrences of misgendering since it does not account for usage contexts—which the data

did not include—and where multiple categories in the pronouns variable mathematically reduce the possibilities of identifying misgendering. Relationships with misgendering for each group, as well as results for ACAB and gender identity, are shown in Figure 2.

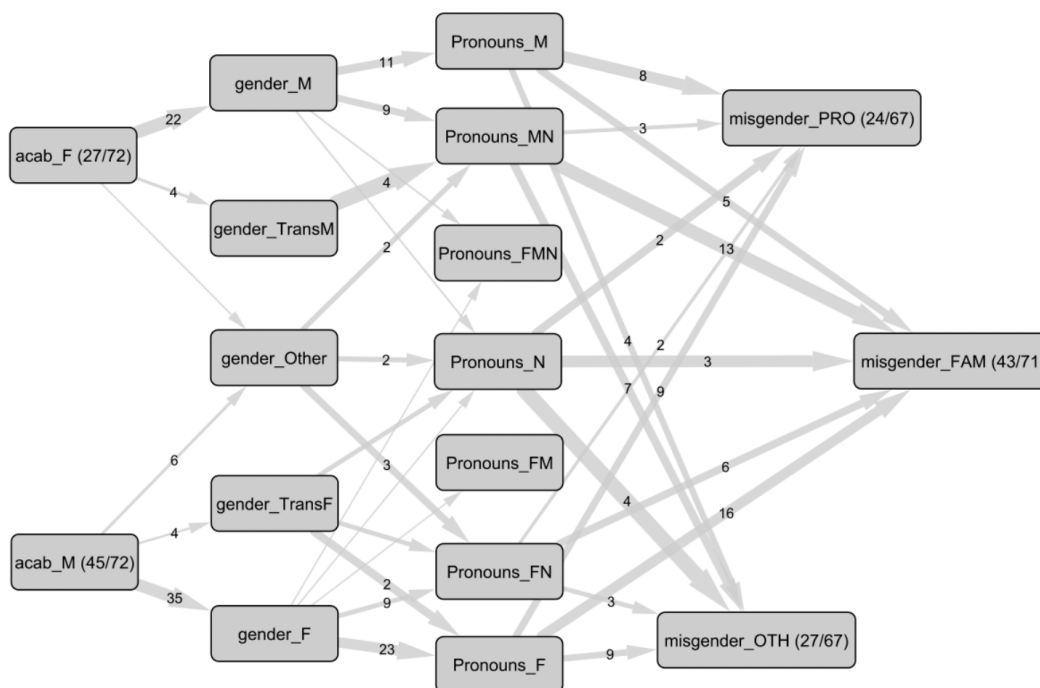


Figure 2. Network of relationships between assigned category at birth (acab_), gender identity (gender_), pronouns, and misgendering (misgender_). Nodes represent categories (participants/total), edges represent co-occurrences and their number. Lack of number on an edge means a single account. Modalities: Acab: female (F), and male (M); Gender: woman (F), transgender woman (TransF), man (M), transgender man (TransM), and other; Pronouns: feminine (F), masculine (M), and neutral (N); Misgender: by health professionals (PRO), by family or friends (FAM), and by others (OTH). For example, among the 45 people assigned to the male category at birth, 35 identify with a feminine gender identity; 23 of them use exclusively feminine pronouns, and 9 of them are misgendered by their healthcare professionals among the 24 individuals in the sample who experience misgendering.

We found a statistically significant association between misgendering by family or friends and by others ($\chi^2(1) = 4.3, p < 0.04$), without this being found between misgendering by family or friends and by healthcare professionals ($\chi^2(1) = 0.0, p > 0.9$), or between misgendering by healthcare professionals and by others ($\chi^2(1) = 1.6, p > 0.2$). In addition, 9 (13.4%) participants reported misgendering by all three groups, including three who also reported derogatory terms: two (66.7%) by others, and one (33.3%) by their healthcare professionals. Only one (1.5%) participant reported derogatory terms from all three groups, combined with misgendering by family or friends. Figure 3 summarizes co-occurrences of misgendering and derogatory terms.

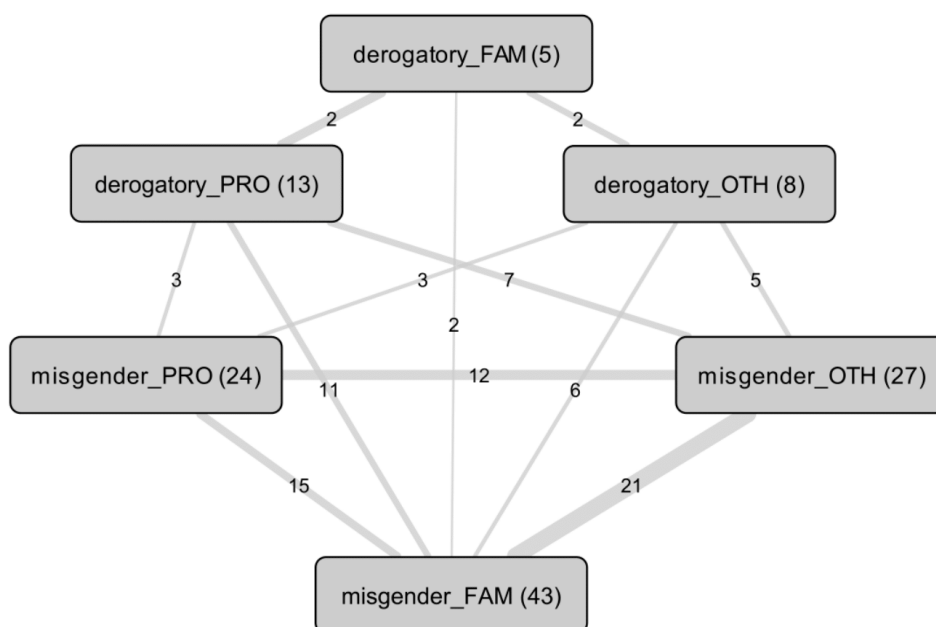


Figure 3. Network of co-occurrences between misgendering (misgender) and derogatory terms (derogatory). Nodes represent categories (participants), edges represent co-occurrences and their respective counts. Modalities: by health professionals (PRO), by family or friends (FAM), and by others (OTH). For example, among the 43 people misgendered by their family, 15 are also misgendered by healthcare professionals, 21 by others, 11 are referred to with derogatory terms by healthcare professionals, 2 by their family, and 6 by others.

Having signified to other people a desire to be gendered correctly was not significantly associated with reporting misgendering by at least one of the groups ($\chi^2(1) = 0.0, p > 0.9$), or by others ($\chi^2(1) = 0.0, p > 0.8$). Similarly, misgendering by family or friends does not seem to be related to the explicit demand to be gendered correctly by them ($\chi^2(1) = 0.1, p > 0.7$). Nor was there a statistically significant link between misgendering by others and their rejection ($\chi^2(1) = 0.1, p > 0.8$) or having experienced violence ($\chi^2(1) = 0.2, p > 0.6$); nor between misgendering by family or friends and experience of rejection ($\chi^2(1) = 1.6, p > 0.2$) or violence ($\chi^2(1) = 0.0, p > 0.9$) by family or friends.

All participants answered about their sexual orientation, which we classified as accepted (legally recognized, $n = 32$; 44.4%), and marginalized (40; 55.6%) sexual orientations. The first group comprised 12 (16.7%) androsexual women, 8 (11.1%) gynosexual men, 7 (9.7%) gynosexual women, 2 (2.8%) androsexual transgender women, 1 (1.4%) androsexual man, 1 (1.4%) androsexual transgender man, and 1 (1.4%) gynosexual transgender woman. The second group comprised 17 (23.6%) bisexual persons, 16 (22.2%) pansexual persons, 6 (8.3%) asexual persons, and 1 (1.4%) non-binary androsexual person. Marginalized sexual orientations were significantly associated with being misgendered by others ($\chi^2(1) = 3.8, p = 0.05$), but not by health professionals ($\chi^2(1) = 0.5, p = 0.5$) or family and friends ($\chi^2(1) = 0.8, p > 0.3$). The small sample sizes did not allow for correlation analysis, but participants with marginalized sexual orientations faced more occurrences of derogatory terms by healthcare professionals (3 vs. 10; 9.4% vs. 25.0%), but not by family and friends (2 vs. 3; 6.3% vs. 7.5%) or others (4 vs. 4; 12.5% vs. 10.0%).

Building on this meta-categorization, we analyzed misgendering and derogatory terms experienced by organizing participants into two groups: those with single and binary modalities for the *pronouns* variable (binary pronouns: F or M; $n = 36$; 50.0%), and others (non-binary pronouns: FM, FN, FMN, MN, and N; $n = 36$; 50.0%). Results are presented in Table 2, and their reading should consider our approach, which doubly minimizes misgendering for those with more than one pronoun modality (i.e., 31 (86.1%) of the non-binary pronouns group).

Table 2. Distribution of usage of misgendering and derogatory terms, by group and pronoun binarity, for all participants ($n = 72$; 36 binary).

Group	Misgendering			Derogatory Terms		
	Health Professionals	Family and Friends	Others	Health Professionals	Family and Friends	Others
(n ; $n[b]$ / $n[nb]$) ^a	(67; 33/34)	(71; 36/35)	(67; 35/32)	(67; 33/34)	(71; 36/35)	(67; 35/32)
Binary pronouns [F; M] ^b	17 * (70.8%)	21 (48.8%)	13 (48.1%)	3 (23.1%)	0 (0.0%)	3 (37.5%)
Non-binary pronouns [FM; FN; FMN; MN; N] ^b	7 * (29.2%)	22 (51.2%)	14 (51.9%)	10 (76.9%)	5 (100.0%)	5 (62.5%)
Total events	24 (35.8%)	43 (60.6%)	27 (40.3%)	13 (19.4%)	5 (7.0%)	8 (11.9%)

^a total answers (n); participants using binary ($n[b]$) and non-binary ($n[nb]$) pronouns. ^b reference pronouns: feminine (F), masculine (M), neutral (N). * $\chi^2(1) = 7.0$, $p < 0.009$.

The two groups defined by the pronouns variable had different proportions of participants declaring an accepted sexual orientation: 20 (55.6%) for binary pronouns, and 12 (33.3%) for non-binary pronouns; although this pattern is slightly above the threshold of statistical significance ($\chi^2(1) = 3.6$, $p < 0.06$).

4. Discussion

This paper admits several limitations. Firstly, this study consists of post hoc analyses using data collected in research conceptualized within a pathologizing discriminatory framework [21,23]. The data were collected to shed light on the WHO's decision to maintain a depsychopathologized pathologization of TGD people, integrating transphobia directly into research conceptualization, in opposition to human rights-based approaches [40] which nonetheless constitute the WHO's theoretical framework of reference. While the present study aims to explore the integration of social norms into research methodologies, it contains an inherent transphobic bias likely to minimize the results in relation to the reality of TGD people's lives [21,23]. Secondly, the lack of a contextual element in the data has the effect of minimizing occurrences of misgendering for people discursively using several genders—the analysis methodology looks at whether the gender used is part of the participant's reference genders and not whether it is the appropriate gender in the context of the interaction—and did not accurately allow participants with shifting gender identities to be accounted for. Finally, the questions did not specifically look for experiences of misgendering or derogatory terms and only captured those reported spontaneously, suggesting even more frequent occurrences in practice. Above all, this study took place in a normative context, where TGD people were interviewed in a care setting by a cisgender person—the initial proposal for a TGD interviewer having been rejected by the ethics committee [23,24]—and where participants were aware of the underlying political stakes of depsychopathologization. All these limitations lead us to consider this paper's results, in terms of both frequency of occurrence and diversity, to be underestimated. While valid, the use of inferential statistics on a small, non-representative sample quickly reaches its limits in terms of generalization. Nonetheless, these methods were used in the first

publication that contributed to the argument for depsychopathologization by the WHO [21]. Furthermore, our results pertain only to secondary objectives and are clearly polarized. Rather than aiming for generalization, they should be interpreted as a reflection of the material conditions and intersections of oppression experienced by some of the TGD population. This reinforces the public health relevance of adopting a materialist perspective over exploring gender solely as an explanatory variable.

One of the paper's strengths is to draw upon extensive knowledge of discourse practices in TGD communities in continental France. As a language, French does not inherently allow for neutral personal expressions. This restriction is not disconnected from the historical context of its evolution and particularly normative nature [41]. These language-political stakes remain relevant today, to such an extent that the terms *man* and *woman* are currently used in French law to exclude TGD folks [42], and the neo-pronoun *iel* (French equivalent of *they*) faces political and institutional opposition [39]. Beyond gender grammar alone, access to community knowledge is necessary to identify expressions of gender neutrality and fluidity.

Another key strength of this study is its restriction of normative frameworks to those intrinsic to Western social norms: differential treatment between sexualities perceived as straight/homosexual and others, and binary genderism. No other *a priori* categories were employed in the analyses, which contributed to highlighting significant variability in participants' genders. Our results reveal a significant number of disconnections between stated gender identity, used and appropriate gender. They allow us to move away from a standardized vision in which these elements are necessarily congruent, and to question their respective contexts. Gender identity is a social categorization bearing a political dimension that can vary according to social situations, just as the gender used also carries an intimate dimension linked to personal history, whereas appropriate genders reflect more a spectrum and individual language situations. By way of example, the first author is a transfeminine person who also defines herself as a transgender woman or as a non-binary person, depending on the context, and who employs *she/her* and *they/them* pronouns while overwhelmingly using the feminine to talk about herself.

If these variations reflect the incompleteness of our conceptual frameworks for accounting for gender experience in research, they also raise serious concerns over the reproduction of normative frameworks, given that the same sample of participants was *a posteriori* categorized by the researchers into 69 binary transgender people and 3 queer people [21]—compared with 15 based on declared gender identity [26] and 36 on the discursive used or appropriate gender.

Indeed, this discrepancy between participants existing within and outside the dominant trans narrative shapes the vast majority of the results, with a higher proportion of misgendering and use of derogatory terms. The main conclusion to be drawn here seems to be that the central factor in negative experiences is derogation from social norms shaping material conditions of existence, whether related to gender or sexual orientation—notions that appear linked.

Data collection on gender diversity is a current research issue, as is its identification in existing data showing similar trends [43], leading to the production of recommendations on how to construct structured data [44]. The invisibilization of non-binary or intersex people in published research is a central limiting factor to the production of knowledge for their health (see [45] for an example of implications in literature review methodologies). However, while inclusive data structuring can improve the participation of target audiences in research, it leads to the normative paradox of pushing back exclusion and invisibilization without solving the initial problem [46]. Rather than questioning whether gender should be collected in two or three steps (collecting ACAB and identity [36] or even sense of

community belonging [47]), these results call for integrating its discursive dimension into health studies, including among non-TGD people. Indeed, beyond self-categorization, it is, above all, our interactional experience with others that will take precedence. This perspective fits in with current research dynamics, where natural language processing methods are being developed as tools for identifying gender minorities in data used in research [48]. Intrinsic knowledge of language usage in context is becoming a necessary component in the improvement of identification algorithms coupled with the collection of structured data [49]. On a broader level, variable combinations can be used to define existence groups within a given social context [13], and these conditions should form the basis of health analyses (see [50] for an example of categorization of TGD existences in contemporary French society). Reducing misgendering to a phenomenon exclusively specific to TGD people erases the experience of misgendering by non-TGD people, which is nonetheless recurrent and part of everyday experiences, including in the healthcare system.

Moreover, results clearly show that interactions with healthcare professionals are not safer or more appropriate than others. Therefore, if a transformation of systems is necessary, it should not only be based on developing cultural competence and tackling transphobia among professionals [51], but also on deconstructing our normative frameworks towards a generalized queering of our approach to others and to what we perceive as different or normal [11]. Otherwise, we will only progressively shift the problem, leaving the most vulnerable populations on the margins, with even fewer means at their disposal to assert their right to health.

5. Conclusions

In conclusion, a health promotion approach is part of a social justice perspective referring to the normative framework of human rights as defined since 1948 [52]. Gender identity and expression are fundamental human rights whose existence need not be restricted by social normative frameworks [53,54], themselves linked to systems of domination. If a better understanding of gender's impact on health and an improvement of research processes are real objectives, one solution would be building on queer and trans studies advances. This study illustrates how these conceptual changes can be translated into a simple and adaptable methodological approach, including for studies initially built within restrictive normative frameworks.

Author Contributions: Conceptualization, A.B.; methodology, A.B.; software, A.B.; validation, A.B. and F.D.; formal analysis, A.B.; data curation, A.B.; writing—original draft preparation, A.B.; writing—review and editing, F.D.; supervision, F.D. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: The initial study on which this paper is based received financial support from the French Ministry of Solidarity and *Maison Dispersée de Santé*.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Institutional Review Board of the *Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV* (reference CPP 16 15, approved by 18 May 2016), the *Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé* (registration 2015-A01911-48, approved by 19 November 2015), and the *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés* (declaration 1990372v0, approved by 13 September 2016).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Data were accessed by a convention with the World Health Organization Centre for research and training in mental health (*EPSM Lille-Métropole*) which does not allow public release of materials. Original study data can be accessed by requesting the owner.

Acknowledgments: The initial study was conducted by the World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health (EPSM Lille-Métropole). Data access was provided through a convention with the center that requires the authors to thank the other persons involved in the initial study: Askevis-Leherpeux Françoise, de la Chenelière Marie, Martin Marie-Jeanne, and Roelandt Jean-Luc. The authors would also like to warmly thank Guernut Mathilde for her review and linguistic expertise.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest. A.B. worked in the coordination team of the initial study as an employee of EPSM Lille-Métropole.

References

1. Reisner, S.L.; Poteat, T.; Keatley, J.; Cabral, M.; Mothopeng, T.; Dunham, E.; E Holland, C.; Max, R.; Baral, S.D. Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* **2016**, *388*, 412–436. [CrossRef] [PubMed]
2. Hughto, J.M.W.; Reisner, S.L.; Pachankis, J.E. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc. Sci. Med.* **2015**, *147*, 222–231. [CrossRef]
3. Truszczynski, N.; Singh, A.A.; Hansen, N. The Discrimination Experiences and Coping Responses of Non-binary and Trans People. *J. Homosex.* **2020**, *69*, 741–755. [CrossRef] [PubMed]
4. Scheim, A.I.; Rich, A.J.; Zubizarreta, D.; Malik, M.; Baker, K.E.; Restar, A.J.; van der Merwe, L.A.; Wang, J.; Beebe, B.; Ridgeway, K.; et al. Health status of transgender people globally: A systematic review of research on disease burden and correlates. *PLoS ONE* **2024**, *19*, e0299373. [CrossRef]
5. Baleige, A. Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale: Une analyse thématique de la littérature militante. Thesis, Université Paris-Diderot, Paris, France, 2020. [CrossRef]
6. Kattari, S.K.; Bakko, M.; Langenderfer-Magruder, L.; Holloway, B.T. Transgender and Nonbinary Experiences of Victimization in Health care. *J. Interpers. Violence* **2020**, *36*, NP13054–NP13076. [CrossRef] [PubMed]
7. Meyer, I.H. *Minority Stress and Mental Health in Gay Men*, 2nd ed.; Columbia University Press: New York, NY, USA, 2003. [CrossRef]
8. Linander, L.; Lundberg, T.; Alm, E. The gender minority stress model and/or cisnormativity? The need for pluralistic theoretical perspectives in improving trans health and medicine. *Soc. Sci. Med.* **2024**, *351*, 116957. [CrossRef]
9. Tan, K.K.H.; Trehan, G.J.; Ellis, S.J.; Schmidt, J.M.; Veale, J.F. Gender Minority Stress: A Critical Review. *J. Homosex.* **2019**, *67*, 1471–1489. [CrossRef] [PubMed]
10. Riggs, D.W.; Trehan, G.J. Decompensation: A Novel Approach to Accounting for Stress Arising From the Effects of Ideology and Social Norms. *J. Homosex.* **2016**, *64*, 592–605. [CrossRef] [PubMed]
11. Nicholas, L. Queer ethics and fostering positive mindsets toward non-binary gender, genderqueer, and gender ambiguity. *Int. J. Transgenderism* **2018**, *20*, 169–180. [CrossRef]
12. Rogers, M.M. Exploring the Domestic Abuse Narratives of Trans and Nonbinary People and the Role of Cisgenderism in Identity Abuse, Misgendering, and Pathologizing. *Violence Against Women* **2020**, *27*, 2187–2207. [CrossRef] [PubMed]
13. Clohec, P. Du spectre du matérialisme à la possibilité de matérialismes trans. In *Matérialismes Trans*, 2nd ed.; Clohec, P., Grunenwald, N., Eds.; Hystériques & Associés: Felling, France, 2021; pp. 15–64.
14. Stone, S. The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*; Epstein, J., Straub, K., Eds.; Routledge: New York, NY, USA, 1993; pp. 280–304.
15. Morrison, T.; Dinno, A.; Salmon, T. The Erasure of Intersex, Transgender, Nonbinary, and Agender Experiences Through Misuse of Sex and Gender in Health Research. *Am. J. Epidemiol.* **2021**, *190*, 2712–2717. [CrossRef]
16. Friedrich, C.; Filippelli, A. The transgender lens is underrepresented and overlooked in transgender health research to the detriment of the population it seeks to serve. *J. Women's Health* **2019**, *28*, 111. [CrossRef] [PubMed]
17. Baleige, A.; Guernut, M. Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies. *Implic. Philos.* **2021**. Available online: <https://www.implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies/> (accessed on 27 January 2025).
18. Baleige, A.; de la Chenelière, M.; Dassonneville, C.; Martin, M.-J. Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France. *Transgender Health* **2022**, *7*, 1–6. [CrossRef] [PubMed]
19. Esquirol, J.-É. *Des Maladies Mentales Considérées Sous les Rapports Médical, Hygiénique et Médico-Légal*; J.B. Baillié: Paris, France, 1838; Volume 1.
20. Robles, R.; Keeley, J.W.; Vega-Ramírez, H.; Cruz-Islas, J.; Rodríguez-Pérez, V.; Sharan, P.; Purnima, S.; Rao, R.; Rodrigues-Lobato, M.I.; Soll, B.; et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. *Int. J. Clin. Health Psychol.* **2021**, *22*, 100281. [CrossRef] [PubMed]

21. Askevis-Leherpeux, F.; de la Chenelière, M.; Baleige, A.; Chouchane, S.; Martin, M.-J.; Robles-García, R.; Fresán, A.; Quach, A.; Stona, A.-C.; Reed, G.; et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *Eur. Psychiatry* **2019**, *59*, 8–14. [\[CrossRef\]](#)
22. Martin, M.-J.; Donnet, B.; Defèvre, J.; Fitère, H.; Meniszez, A.; Gallouj, R.; Riff, B.; Caroff, B.; Chelly, A.; de la Chenelière, M.; et al. Accueil et suivi des personnes en demande de transition en soins de premiers recours: Retour sur plus de dix ans d'expérience. *Santé Publique* **2023**, *34*, 269–274. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
23. Baleige, A. La recherche avec des monstres: Contextualisation politique des recherches participatives. *Santé Publique* **2024**, *35*, 91–96. [\[CrossRef\]](#)
24. De la Chenelière, M. De patient à chercheur: Parcours d'empowerment autour de la transidentité. *Inf. Psychiatr.* **2018**, *94*, 817–823.
25. Cabral, M.; Suess, A.; Ehr, J.; Seehole, T.J.; Wong, J. Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: A human rights perspective. *Lancet Psychiatry* **2016**, *3*, 405–406. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
26. Baleige, A.; Guernut, M.; Denis, F. Impact of Depsychopathologization of Transgender and Gender Diverse Individuals in ICD-11 on Care Delivery: Looking at Trans Expertise through a Trans Lens. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 13257. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
27. Baleige, A.; Guernut, M.; Denis, F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 11983. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
28. Butler, J. *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of Sex*; Routledge: London, UK, 2015.
29. Ma, L.M.; MacArthur, H.J.; Blomquist, K.K. The effect of misgendering on body dissatisfaction and dietary restraint in transgender individuals: Testing a Misgendering-Congruence Process. *Int. J. Eat. Disord.* **2021**, *54*, 1295–1301. [\[CrossRef\]](#)
30. Fairclough, N. *Language and Power*, 3rd ed.; Routledge: Abingdon, UK, 2015.
31. Lupton, D. Discourse analysis: A new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Aust. J. Public Health* **1992**, *16*, 145–150. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
32. Michel, F. Two lectures. In *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972–1977*; Michel, F., Gordon, C., Eds.; Pantheon Books: New York, NY, USA, 1980; pp. 78–108.
33. Russo, J.; Sweeney, A. *Searching for a Rose Garden: Challenging Psychiatry, Fostering Mad Studies*; PCCS Books: UK, Monmouth, 2016.
34. Sweeney, A.; Beresford, P.; Faulkner, A.; Nettle, M.; Rose, D. *This Is Survivor Research*; PCCS Books: Ross-on-Wye, UK, 2009.
35. Robles, R.; Fresán, A.; Vega-Ramírez, H.; Cruz-Islas, J.; Rodríguez-Pérez, V.; Domínguez-Martínez, T.; Reed, G.M. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* **2016**, *3*, 850–859. [\[CrossRef\]](#)
36. Winter, S.; Diamond, M.; Green, J.; Karasic, D.; Reed, T.; Whittle, S.; Wylie, K. Transgender people: Health at the margins of society. *Lancet* **2016**, *388*, 390–400. [\[CrossRef\]](#)
37. Nadal, K.L.; Whitman, C.N.; Davis, L.S.; Erazo, T.; Davidoff, K.C. Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *J. Sex Res.* **2016**, *53*, 488–508. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
38. Alpheratz. Le genre neutre en français, expression d'enjeu du XXI^e siècle. In *Entre Masculin et Féminin. Français et Langues Romanes*; Fagard, B., Llorec-Tallet, G., Eds.; Presses de la Sorbonne Nouvelle: Paris, France, 2021; pp. 221–246.
39. Sauter, T.; Gyga, P.; Tibblin, J.; Escasain, L.; Sato, S. L'écriture inclusive, je ne connais pas très bien... mais je déteste ! *GLAD* **2023**, *14*. [\[CrossRef\]](#)
40. Schwend, A.S. Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev.* **2020**, *41*, 3. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
41. de Villers, M.-É. *La Pratique Lexicographique. Profession Lexicographe*; Presses de l'Université de Montréal: Montréal, QC, Canada, 2006; pp. 11–23. [\[CrossRef\]](#)
42. Mascarenhas, E. Les mots féminins en droit français: De l'inclusion à l'exclusion? Le genre: Repenser la langue et le droit. Presented at Le genre: Repenser la langue et le droit, Nantes, France, 25 November 2022.
43. Roemer, M. Making intersex and non-binary people count? Ambivalent in_visibilities in the German microcensus. *J. Gen. Stud.* **2023**, *32*, 898–909. [\[CrossRef\]](#)
44. Suen, L.W.; Lunn, M.R.; Katuzny, K.; Finn, S.; Duncan, L.; Sevelius, J.; Flentje, A.; Capriotti, M.R.; Lubensky, M.E.; Hunt, C.; et al. What Sexual and Gender Minority People Want Researchers to Know About Sexual Orientation and Gender Identity Questions: A Qualitative Study. *Arch. Sex. Behav.* **2020**, *49*, 2301–2318. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
45. Bragazzi, N.L.; Khamisy-Farah, R.; Converti, M.; Italian Working-Group on LGBTIQ Mental Health. Ensuring equitable, inclusive and meaningful gender identity- and sexual orientation-related data collection in the healthcare sector: Insights from a critical, pragmatic systematic review of the literature. *Int. Rev. Psychiatry* **2022**, *34*, 282–291. [\[CrossRef\]](#)
46. Thompson, H.M. Stakeholder Experiences With Gender Identity Data Capture in Electronic Health Records: Implementation Effectiveness and a Visibility Paradox. *Health Educ. Behav.* **2021**, *48*, 93–101. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)

47. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Panorama de la Société 2019*; Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD): Paris, France, 2019. [[CrossRef](#)]
48. Blossnich, J.R.; Cashy, J.; Gordon, A.J.; Shipherd, J.C.; Kauth, M.R.; Brown, G.R.; Fine, M.J. Using clinician text notes in electronic medical record data to validate transgender-related diagnosis codes. *J. Am. Med. Inform. Assoc.* **2018**, *25*, 905–908. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
49. Feller, D.J.; Iv, O.J.B.D.W.; Zucker, J.; Yin, M.T.; Gordon, P.; Elhadad, N. Detecting Social and Behavioral Determinants of Health with Structured and Free-Text Clinical Data. *Appl. Clin. Inform.* **2020**, *11*, 172–181. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
50. Beaubatie, E. *L'espace Social du Genre. Transfuges de Sexe*; La Découverte: Paris, France, 2021; pp. 135–166.
51. Butler, M.; McCreedy, E.; Schwer, N.; Burgess, D.; Call, K.; Przedworski, J.; Rosser, S.; Larson, S.; Allen, M.; Fu, S.; et al. *Improving Cultural Competence To Reduce Health Disparities*; Comparative Effectiveness Review Number 170; Report No.: 16-EHC006-EF; Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD, USA, 2016. [[PubMed](#)]
52. United Nations. *Universal Declaration of Human Rights*; United Nations: New York, NY, USA, 1948.
53. International Commission of Jurists. *Yogyakarta Principles: The Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity*; International Commission of Jurists: Geneva, Switzerland, 2007.
54. Cabral Grinspan, M.; Carpenter, M.; Ehrt, J. *The Yogyakarta Principles plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta*; International Commission of Jurists: Geneva, Switzerland, 2018.

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

3.3. Politiques publiques françaises de santé reproductive

Article de résultats 5

[a09] **Baleige A.** Cadre d'action de promotion de la santé reproductive : Analyse critique lexicométrique et trans des politiques publiques françaises contemporaines. *Sante Publique* (Paris). 2024, 1(36), 73-80.
<https://doi.org/10.3917/spub.241.0073>

Cadre d'action de promotion de la santé reproductive :
Analyse critique lexicométrique et trans des politiques publiques françaises
contemporaines

Anna BALEIGE

Santé Publique

RÉSUMÉ [a09]

Introduction.

Depuis 2017, la loi française a mis fin à la nécessité d'intervention médicale et de stérilisation des personnes faisant modifier leur sexe administratif à l'état civil. Pour autant, aucun cadre législatif n'a été prévu pour garantir leur droit à la famille, ancrant leurs projets parentaux dans un aléa social, politique et juridique contraire aux droits humains et internationaux. Parallèlement, l'État français s'est doté d'un arsenal de stratégies de santé contraignant la place et le rôle des actrices et acteurs de terrain.

But de l'étude.

Cette étude interroge les possibilités des actrices et acteurs de santé publique à promouvoir la santé reproductive des personnes en l'absence de toute législation et dans un contexte d'adversité politique et législative. Pour cela, elle s'appuie sur une analyse participative, critique et lexicométrique des stratégies nationales de santé sexuelle et reproductive et de soutien à la parentalité.

Résultats.

La parentalité des personnes trans est absente des stratégies de gouvernance. Les politiques de santé sexuelle et reproductive se centrent autour de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, les parcours de santé et les discriminations et violences. L'analyse fait également ressortir la méconnaissance de cet enjeu.

Conclusions.

Les manquements du cadre législatif et des stratégies de santé publique interrogent les possibilités éthiques pour les actrices et acteurs de terrain de promouvoir la santé reproductive de manière non inclusive. Ce constat condamne les communautés à mener des actions en dehors du droit commun et pose la question de la place politique du champ de la santé publique en France.

Cadre d'action de promotion de la santé reproductive : analyse critique lexicométrique et trans des politiques publiques françaises contemporaines

Action framework for reproductive health promotion: Analysis of contemporary French public policies using a critical lexicometric approach and a transgender perspective

Anna Baleige¹

➔ Résumé

Introduction : Depuis 2017, la loi française a mis fin à la nécessité d'intervention médicale et de stérilisation des personnes faisant modifier leur sexe administratif à l'état civil. Pour autant, aucun cadre législatif n'a été prévu pour garantir leur droit à la famille, ancrant leurs projets parentaux dans un aléa social, politique et juridique contraire aux droits humains et internationaux. Parallèlement, l'État français s'est doté d'un arsenal de stratégies de santé contraignant la place et le rôle des actrices et acteurs de terrain.

But de l'étude : Cette étude interroge les possibilités des actrices et acteurs de santé publique à promouvoir la santé reproductive des personnes en l'absence de toute législation et dans un contexte d'adversité politique et législative. Pour cela, elle s'appuie sur une analyse participative, critique et lexicométrique des stratégies nationales de santé sexuelle et reproductive et de soutien à la parentalité.

Résultats : La parentalité des personnes trans est absente des stratégies de gouvernance. Les politiques de santé sexuelle et reproductive se centrent autour de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, les parcours de santé et les discriminations et violences. L'analyse fait également ressortir la méconnaissance de cet enjeu.

Conclusions : Les manquements du cadre législatif et des stratégies de santé publique interrogent les possibilités éthiques pour les actrices et acteurs de terrain de promouvoir la santé reproductive de manière non inclusive. Ce constat condamne les communautés à mener des actions en dehors du droit commun et pose la question de la place politique du champ de la santé publique en France.

Mots-clés : Personnes transgenres ; Santé reproductive ; Participation communautaire ; Organisation et administration ; Droits de l'homme ; Linguistique

➔ Abstract:

Introduction: In France, since 2017 the law has allowed people to change the gender marker on their civil status documents without having undergone medical treatment and sterilization surgery. However, no legislative framework has been provided to ensure their right to family, leaving those who wish to become parents in a space of social, political, and legal uncertainty that is inconsistent with international and human rights. In parallel, France has developed an arsenal of health strategies that constrain actors working in the field.

Purpose of the research: This study examines the possibilities available to public health actors for promoting reproductive health in the absence of legislation and in the context of political and legislative adversity. To this end, it relies on a participatory, critical, and lexicometric analysis of national strategies for sexual and reproductive health and parenthood support.

Results: Governance strategies make no mention of parenthood among transgender people. Sexual and reproductive health policies focus on tackling sexually transmitted infections, on health pathways, and on violence and discrimination. The analysis also highlights a lack of awareness on this topic.

Conclusions: Shortcomings in the legislative framework and public health strategies raise ethical questions about the promotion of reproductive health and the potentially non-inclusive approach of actors in the field. These issues force communities to carry out actions outside the scope of ordinary regulations, and they highlight the political positioning of the public-health field in France.

Keywords: Transgender persons; Reproductive health; Community participation; Organization and administration; Human rights; Linguistics

¹ Université François-Rabelais, faculté de médecine, EA 75-05 Éducation Éthique Santé, Tours, France.

Correspondance : A. Baleige
baleige.a@gmail.com

Réception : 26/04/2023 – Acceptation : 11/11/2023

Introduction

En France, la possibilité pour une personne de modifier le sexe administratif de son état civil pour le mettre d'avantage en conformité avec son genre a été introduite de manière jurisprudentielle en 1992, après une première condamnation par la Cour européenne des droits de l'homme (1). La loi du 18 novembre 2016 « de modernisation de la justice du XXI^e siècle » l'a introduite dans le droit positif après une deuxième condamnation par la Cour européenne des droits de l'homme pour violation de la vie privée (1) et a supprimé la nécessité d'intervention médicale et de stérilisation (« condition d'irréversibilité de la transformation d'apparence » [1, p. 18]). Depuis sa mise en application en 2017, les interventions hormonales ou chirurgicales pouvant altérer la fertilité ne sont plus nécessaires. La loi prévoit donc l'existence de personnes modifiant la mention de leur sexe administratif sans aucune altération de leurs possibilités reproductives.

Pourtant, les implications en matière de parentalité n'ont pas été prévues par la législation, qui ne permet toujours pas la mise en conformité du livret de famille (2, 3), expose ces familles aux discriminations (2, 4, 5) et conduit des personnes respectant la loi à des combats juridiques de plusieurs années pour faire valoir leurs droits, y compris la prise en compte des modifications administratives sur le certificat de naissance de l'enfant (4, 5). Pour autant, leur existence législative a été réaffirmée par le Conseil constitutionnel dans une question prioritaire de constitutionnalité, estimant que la loi du 2 août 2021 « relative à la bioéthique » ne concernait pas les hommes ayant obtenu la modification de leur mention de sexe administratif (6). Enfin, aucune politique de réparation des stérilisations forcées n'a été mise en place, malgré les demandes des personnes concernées (7).

Cette dynamique politique nationale semble en conflit avec les engagements internationaux de la France, notamment au regard des textes relatifs aux droits humains. Bien que ces textes ne disposent pas d'un caractère contraignant juridiquement, ils représentent un engagement politique et moral, mais aussi un corpus de textes à valeur normative au sein de la promotion de la santé et des études critiques. Leur recours dans la critique immanente des politiques nationales porte donc un double intérêt politique et de santé publique.

Les *Principes de Jogjakarta* (Encart 1) servent de référence en matière de droits LGBTQI au sein du corpus des droits humains. Or, le principe 24 y inscrit le droit de fonder une famille comme un droit humain fondamental. Dès lors,

il apparaît légitime de se demander si la législation française a pris toutes les dispositions législatives et administratives nécessaires pour : garantir le droit de fonder une famille (principe 24-A), reconnaître la diversité des types de famille (principe 24-B), l'intérêt supérieur de l'enfant (principe 24-C), protéger les enfants des discriminations (principe 24-H), émettre des certificats de naissance en conformité avec l'identité de genre des parents (principe 24-I) et faciliter l'accès aux méthodes pour préserver la fertilité (principe 24-J).

L'État français a lancé plusieurs initiatives de santé publique concernant la parentalité : la « Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 » (8), la « Feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 » (9), ou la « Charte nationale de soutien à la parentalité » (10) qui soutient l'initiative « Les 1 000 premiers jours » (11). Devant l'enjeu de promotion d'un droit humain fondamental, l'incohérence des législations nationales et supranationales remet en cause ces politiques de santé publique, notamment la possibilité pour les actrices et acteurs de santé publique de concilier leurs engagements légaux et déontologiques avec la promotion de la santé reproductive des personnes. Reconnaisant un caractère normatif aux droits humains, l'objectif de cet article est de produire des données permettant d'appuyer les prises de décisions politiques et individuelles sur ces enjeux éthiques.

Méthodes

Cette étude s'intègre dans le cadre des recherches participatives menées et dirigées par une personne trans. Plus précisément, elle s'appuie sur les acquis des *survivor research* et leurs bénéfices en matière de validité scientifique et écologique (14). Cette approche a par ailleurs déjà été appliquée dans le champ de la santé trans (voir la méthodologie développée dans [15-16]). Le cadre épistémique posé est ici celui des droits humains tels que définis par l'Organisation des Nations unies (ONU) (17), et le questionnement de recherche s'intéresse à la validité conceptuelle des politiques publiques, et non aux moyens de les contourner.

À cette fin, une analyse lexicométrique des *kwic* (*key words in context*, « mots-clés en contexte ») a été réalisée pour rendre compte de la variété d'usage des expressions discursives. Elle s'appuie sur une étape de lemmatisation qui permet d'isoler des lemmes¹, c'est-à-dire la forme cano-

¹ Par souci de clarté, nous avons choisi de présenter les lemmes en petites majuscules.

Encart 1 : Principe 24 des *Principes de Jogjakarta* (12, 13)**PRINCIPE 24 – LE DROIT DE FONDER UNE FAMILLE**

Toute personne a le droit de fonder une famille, indépendamment de son orientation sexuelle ou de son identité de genre. Il existe différents types de familles. Aucune famille ne sera soumise à discrimination en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre de l'un de ses membres.

Les États devront :

- A.** Prendre toutes les dispositions législatives et administratives, ainsi que toute autre mesure, nécessaires pour garantir le droit de fonder une famille, y compris par l'adoption ou la procréation assistée (y compris l'insémination artificielle avec donneur), sans discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre ;
- B.** Garantir que les lois et les politiques reconnaissent la diversité des types de famille, y compris celles qui ne sont pas définies par descendance ou mariage, et prendre toutes les dispositions législatives et administratives, ainsi que toute autre mesure, nécessaires pour garantir qu'aucune famille ne sera soumise à discrimination en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre de l'un de ses membres, y compris en ce qui concerne les allocations sociales liées à la famille et d'autres indemnités publiques, l'emploi et l'immigration ;
- C.** Prendre toutes les dispositions législatives et administratives, ainsi que toute autre mesure, nécessaires pour garantir que dans toutes les actions et décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait d'institutions publiques ou privées de protection sociale, de tribunaux, d'autorités administratives ou d'organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant soit une considération primordiale, et que l'orientation sexuelle ou l'identité de genre de l'enfant, d'un membre de sa famille ou d'une autre personne ne puisse pas être considérée comme incompatible avec cet intérêt supérieur ;
- D.** Dans toutes les actions et décisions qui concernent les enfants, garantir à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement ses opinions, et garantir que ces opinions soient dûment prises en considération en égard à son âge et à son degré de maturité ;
- E.** Prendre toutes les dispositions législatives et administratives, ainsi que toute autre mesure, nécessaires pour garantir que dans des États qui reconnaissent les mariages entre personnes de même sexe ou les partenariats enregistrés, toute allocation, privilège, obligation ou avantage social accordé aux partenaires de sexe opposé mariés ou enregistrés soit accordé de manière égale aux partenaires de même sexe qui sont mariés ou enregistrés ;
- F.** Prendre toutes les dispositions législatives et administratives, ainsi que toute autre mesure, nécessaires pour garantir que toute obligation, allocation, privilège ou avantage social accordé à des partenaires de sexe opposé non mariés soit accordé de manière égale aux partenaires de même sexe non mariés ;
- G.** Garantir que les mariages et tous les autres partenariats légalement reconnus ne puissent être conclus qu'avec le consentement libre et total des futurs époux ou partenaires ;
- H.*** Protéger les enfants contre la discrimination, la violence et autres atteintes liées à l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre ou les caractéristiques sexuelles de leurs parents, tuteurs ou autres membres de la famille ;
- I.*** Émettre des certificats de naissance pour les enfants, à la naissance, qui reflètent l'identité de genre des parents telle que définie par eux ou elles-mêmes ;
- J.*** Faciliter l'accès de tous et toutes aux méthodes pour préserver la fertilité, telles que la conservation des gamètes et des tissus, sans discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre ou les caractéristiques sexuelles, y compris avant un traitement hormonal ou une chirurgie ;
- K.*** S'assurer que la maternité de substitution, là où elle est légale, est proposée sans discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre ou les caractéristiques sexuelles.

Les principes notés d'une * sont apparus dans les *Principes de Jogjakarta plus 10*, publiés en 2017.

nique des mots, libérés des accords de genre ou de nombre. L'analyse a porté sur les lemmes connexes aux personnes trans (TRANS, TRANSGENRE, TRANSIDENTITÉ, TRANSPAREN- TALITÉ, TRANSPHOBIE, TRANSSEXUEL, TRANSSEXUALISME, INCONGRUENCE, DYSPHORIE, IDENTITÉ, GENRE) et la catégori- sation de leur usage discursif. Les doublons liés à la forme des documents (tableaux synthétiques, sommaires, etc.) ont été exclus.

Ont été inclus les documents officiels français relatifs à une stratégie actuelle de santé publique portant sur la parentalité. Les analyses lexicométriques ont porté sur :

- « Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 » (8) ;
- « Feuille de route de la stratégie nationale de santé

sexuelle 2021-2024 » (9) ;

- « Les 1 000 premiers jours : là où tout commence » (11).

Enfin, ces résultats ont nourri une lecture critique des possibilités de respect de la « Charte nationale de soutien à la parentalité » (10), incluant les éléments juridiques présentés en introduction.

Résultats

La « Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 » aborde directement les enjeux des personnes trans dans

trois des six axes du document (50.0 %) : « I – Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale inclusive », « IV – Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables », « V – Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé », et dans les définitions de l'annexe 1.

Les personnes trans sont référées par les lemmes TRANS (n = 9), TRANSGENRE (n = 4) et TRANSIDENTITÉ (n = 1). Trois catégories rendent compte de l'ensemble de leur emploi en contexte : la prévention des infections sexuellement transmissibles (n = 7 ; 50.0 %), les parcours de santé (n = 5 ; 35.7 %) et la lutte contre les discriminations et violences (n = 2 ; 14.3 %) ; ainsi que la seule occurrence de TRANSPHOBIE).

Les lemmes IDENTITÉ et GENRE apparaissent chacun 13 fois dans le document et leur emploi en contexte fait ressortir 17 occurrences de 6 emplois distincts : l'identité de genre (n = 6), la notion de genre (n = 4), la notion d'identité (n = 3), l'identité sexuelle (n = 2), l'identité sexuelle et de genre (n = 1), et les stéréotypes de genre (n = 1). Deux catégories rendent compte de l'usage de ces emplois : la définition de notions liées à la santé sexuelle (n = 10 ; 58.8 %) et la lutte contre les discriminations et violences (n = 7 ; 41.2 %). L'identité sexuelle renvoie systématiquement à la notion d'orientation sexuelle (100.0 %), alors que l'identité de genre est également utilisée pour désigner les personnes trans (n = 4 ; 66.7 %).

Les personnes trans ne sont pas incluses dans les parties abordant la prévention de l'infertilité ou les projets parentaux.

La « Feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 » aborde les enjeux des personnes trans dans son action 20 dédiée (n = 16 ; 61.5 %) à laquelle renvoient l'édito et l'introduction. Cependant, l'introduction renvoie de manière erronée à l'action 21 portant sur l'accompagnement des Maisons des adolescents, erreur également présente pour le *chemsex* que l'introduction renvoie à l'action 20 portant sur les personnes trans, au lieu de l'action 23. L'erreur n'est pas présente dans l'édito où le propos est générique et ne renvoie pas directement aux actions. Ces enjeux sont également abordés dans l'action ciblée pour le département de La Réunion (n = 4 ; 15.4 %). Enfin, deux mentions sont faites dans l'annexe 1 portant sur l'infection par le VIH, et une mention dans la liste des acronymes, et dans une note de bas de page de la première action qui définit le terme « préservatif interne ».

Les personnes trans sont référées par les lemmes TRANSGENRE (n = 12), TRANS (n = 8), TRANSIDENTITÉ (n = 4) et TRANSEXUALISME (n = 2). Trois catégories rendent compte de leur emploi en contexte : la lutte contre les

discriminations et violences (n = 9 ; 34.6 %), les parcours de santé (n = 9 ; 34.6 %) et la prévention des infections sexuellement transmissibles (n = 6 ; 23.1 %). Le lemme TRANSGENRE apparaît également dans la définition de l'acronyme LGBTIQ+ qui n'est pas utilisé dans le document par ailleurs, et pour référer aux « associations de personnes transgenres » (9, p. 52). La santé reproductive des personnes trans est directement mentionnée dans le document parmi une énumération d'enjeux : « au-delà du parcours de transition, former/sensibiliser les soignants aux problématiques spécifiques rencontrées par les personnes trans ». Elle est cependant limitée aux personnes assignées femme à la naissance : « santé contraceptive et reproductive pour les FtM » (9, p. 52) sans élément de contexte.

Le lemme IDENTITÉ est systématiquement utilisé avec GENRE à 4 occurrences dont 3 font référence aux personnes trans : « campagne de lutte contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle et identité de genre en lien avec la DILCRAH » en note de bas de page de l'action 1 sur la « promotion de la santé sexuelle et reproductive, information et formation, éducation à la sexualité » (9, p. 27) ; comme diagnostic psychopathologique passé dans l'action 20, mettant en avant que « la France a retiré en février 2010 le transsexualisme et les troubles précoces de l'identité de genre de la liste des affections psychiatriques » (9, p. 52) ; et dans l'action 21 qui vise à « accompagner les Maisons des Adolescents (MDA) dans le repérage et la prise en charge des questions traitant de la santé sexuelle » où un enjeu serait que « de nombreuses interactions existent entre santé sexuelle et reproductive et souffrance psychique : violences sexuelles et sexistes, inceste, questionnements sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, dysfonctions sexuelles, *chemsex*, conduites à risque, discriminations, etc. » (9, p. 53). La quatrième occurrence est générique et mentionne « l'égalité des identités de sexe et de genre » dans une énumération de l'action 3 qui vise à « renforcer les connaissances en santé sexuelle des jeunes dans le cadre du Service National Universel (SNU) ». En dehors de ces usages, le lemme GENRE apparaît 10 fois de manière autonome et est systématiquement utilisé dans le contexte de la lutte contre les discriminations et violences.

On peut noter le terme d'« incongruité sexuelle » (9, p. 52) qui semble référer aux nouveaux diagnostics pathologisant les personnes trans introduits dans la onzième révision de la Classification internationale des maladies (16). Le document ne contient aucune occurrence des lemmes TRANSPHOBIE ou TRANSEXUEL.

Aucune partie du document n'aborde la prévention de l'infertilité ou les projets parentaux, à l'exception de la parentalité des personnes en situation de handicap qui est

mentionnée 3 fois.

Les enjeux reproductifs des personnes trans et les obstacles auxquels iels font face sont absents du rapport « Les 1 000 premiers jours : là où tout commence ». Le document ne contient notamment aucun lemme pouvant se rapporter aux personnes trans.

Le lemme IDENTITÉ est également absent. Le lemme GENRE apparaît 2 fois dans le document. D'abord dans le chapitre I « E) La formulation d'un discours de santé publique va de pair avec des modalités de communication et de sensibilisation ambitieuses auprès des familles, des professionnels et de la société tout entière » (11, p. 41) où il est mentionné parmi une liste de variables liées aux « stéréotypes autour de la parentalité et des bébés » (11, p. 41) sur lesquels « il serait également nécessaire de travailler » (11, p. 41). Puis dans le chapitre IV portant sur les congés de naissance, où il est évoqué qu'« il y a consensus sur la nécessité de faciliter une paternité active, responsable et partagée » (11, p. 102) qui ne consiste « pas seulement d'allonger la durée du congé paternité, mais également de permettre un véritable changement de paradigme sociétal en facilitant l'implication précoce et durable des pères/seconds parents et en luttant contre les préjugés sociaux et les inégalités de genre » (11, p. 102).

Aucun document connexe mis à disposition par le Comité interministériel à l'enfance ne s'intéresse aux parentalités trans.

Aucun document ne contient les lemmes TRANSPAREN-
TALITÉ, INCONGRUENCE, OU DYSPHORIE.

La « Charte nationale de soutien à la parentalité » est prévue par l'ordonnance du 19 mai 2021 relative aux services aux familles, modifiée par l'arrêté du 29 juillet 2022. Il s'agit d'un texte fondateur pour l'ensemble du secteur, qui fixe huit principes qui devront s'appliquer aux actions de soutien à la parentalité. Elle pose également les conditions d'une identité professionnelle partagée en faveur d'un accompagnement des familles tout en respectant leur diversité (18).

Les manquements du cadre législatif présentés en introduction rendent cette charte inapplicable en l'état puisqu'il n'est légalement pas possible de : « reconnaître et valoriser prioritairement les rôles, le projet et les compétences des parents » (principe 1), « s'adresser à toutes les familles » (principe 2), « accompagner les parents en intégrant dans cette démarche toutes les dimensions et l'ensemble du contexte de la vie familiale » (principe 3), ou « quelles que soient les configurations familiales, permettre à chaque parent d'occuper, dans la mesure du possible, sa place dans le développement de l'enfant » (principe 6).

De plus, l'absence de prise en compte de ces enjeux dans

les stratégies nationales ne permet pas de : « proposer un accompagnement et un soutien dès avant l'arrivée de l'enfant et jusqu'à son entrée dans la vie adulte » (principe 4), « respecter les principes d'égalité entre les femmes et les hommes dans la parentalité et au sein de la sphère familiale » (principe 5), « proposer des interventions diverses (collectives ou individuelles, dans des lieux dédiés, itinérants ou au domicile...) accessibles à toutes les familles sur l'ensemble du territoire et respectueuses des principes de neutralité politique, philosophique, et confessionnelle » (principe 7), ou « Garantir aux personnes qui recourent à une action de soutien à la parentalité que les bénévoles ou professionnels qui interviennent dans ce cadre ont une compétence ou bénéficient d'une formation dans ce domaine » (principe 8).

Il ressort de l'analyse qu'aucun principe de la charte n'est applicable aux parentalités trans à l'intérieur des stratégies nationales de santé publique.

Discussion

L'application des approches d'études critiques du discours (*critical discourse studies* [19]) aux politiques de santé publique est un enjeu de longue date à l'échelle du champ (20). À travers l'étude du langage comme outil de compréhension du contexte politique et socio-culturel, elle vise à mettre en évidence la reproduction des cadres idéologiques dominants dans les discours de santé. En cela, elle s'intègre dans la promotion de la santé où la dissémination d'un discours de santé est un élément central. La conférence de Shanghai de 2016 sur l'intégration de la promotion de la santé aux objectifs de développement durable à l'horizon 2030 définit trois piliers de la promotion de la santé : une bonne gouvernance, des villes saines et des connaissances sur la santé (21). À travers leur analyse, ces approches interrogent le caractère performatif des discours de santé, à la fois comme supports de connaissances, mais aussi par la mise en lumière des enjeux de pouvoir affectant la gouvernance.

Cette étude s'est centrée sur les stratégies publiques de l'État français, et en cela elle ne prétend pas rendre compte de la réalité des actions des actrices et acteurs de terrain, notamment ceux évoluant en dehors du cadre étatique. Ceci est particulièrement pertinent dans le cadre de la santé trans, étant admis maintenant que les initiatives de santé proviennent quasi exclusivement du milieu communautaire et se construisent sans, voire malgré, l'État (7). L'absence de cadre bioéthique législatif rappelée par le Conseil constitutionnel (6) renvoie

le questionnement éthique au niveau local, appelant au maintien – voire à l'accroissement – des iniquités de santé et ce phénomène est appelé à s'intensifier avec l'accélération du développement des formations professionnelles sur la santé trans. Aussi, si cette étude met en évidence les incomplétudes et paradoxes du cadre étatique, il serait erroné d'en déduire qu'aucune action n'est possible. Cette étude rend plutôt compte de la reproduction des iniquités de santé au sein des cadres dominants, témoignant du caractère encore étranger en 2023 de la santé trans pour les pouvoirs publics et leur incapacité dans la prise en main du problème.

Cette lecture des résultats fait écho à un constat criant et apparent à la lecture du cadre législatif ou des stratégies de santé publique : la transparence n'y existe pas. Les enjeux législatifs sont connus, discutés dans les débats parlementaires et ignorés (22-23), ne prenant en compte ni la fabrique des iniquités de santé ni les droits humains fondamentaux. Il est même argumenté que l'intégration des discriminations dans les cadres législatifs se transforme au gré des évolutions sociales, passant d'une discrimination par le droit (24) à une discrimination par le langage du droit (25). Les termes « femme » et « homme » deviennent ainsi des outils d'exclusion, à l'image des débats récents sur la loi bioéthique ou la constitutionnalité de l'avortement (23), marquant notamment une cassure entre le droit français et les droits supranationaux (26).

Cette arsenalisation du langage motive d'autant plus un regain d'intérêt des recherches en santé publique pour son étude. Il est régulièrement discuté de l'incapacité de l'État français à intégrer une approche de santé publique dans ses politiques publiques (27), notamment à la suite de la pandémie de COVID-19, et a fait l'objet du dernier congrès de la Société française de santé publique (28). Si l'approche de santé publique est insuffisamment présente dans les politiques à destination de la population générale, cette étude tend à se demander si elle n'est pas également empêchée dès qu'on s'intéresse aux populations vulnérables. La population des personnes trans est un élément important des discours politiques, motivant même un candidat à l'élection présidentielle de 2022 à parler de « dystopie de genre » (29). En ce sens, on peut se demander si la marginalisation n'est pas davantage un outil politique d'exercice du biopouvoir (30) qu'une réalité à corriger (31).

Cette lecture critique s'appuie sur une approche critique de lexicométrie qui vise à mettre en évidence les liens qu'entretiennent les termes avec les idéologies qui façonnent leur contexte (32). À titre d'exemple, la « Feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 » pose clairement que « loin de se limiter à la question spécifique du parcours de transition,

les personnes transgenres rencontrent de nombreuses difficultés et barrières à une prise en charge globale et adaptée en santé » (9), alors que la note de cadrage de la Haute Autorité de santé sur ce même sujet le borne très clairement aux parcours de transition (33), et limite même son travail aux personnes majeures sans aborder les enjeux de parentalité et en développant une hypercomplexité qui l'amène à définir des concepts comme ceux de « détransition » ou « retransition », eux-mêmes critiqués par ses propres sources (34). On est loin de la volonté de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'inclure la notion communautaire de transition définie comme une possible période de vie « au cours de laquelle une personne trans passe socialement et/ou physiquement d'une manière d'être genrée à une autre² » (35) et davantage proche des mécanismes de dépolitisation déjà décrits en santé mentale (36). Le choix d'« incongruité sexuelle » fait davantage référence aux travestissements parodiques dans les arts médiévaux (37). Ce choix de traduction du diagnostic de *gender incongruence* – pour autant déjà traduit notamment dans une étude française réalisée avec l'OMS et publiée deux ans auparavant (38) – illustre cette déconnexion entre autorité et compétence. Il fait également écho au travail de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation qui l'avait initialement traduit par « dysphorie de genre » (16) en référence au diagnostic du DSM-5 (39) et invalidé depuis (40), justement à l'occasion des études menées avec l'OMS proposant celui d'incongruence de genre.

La critique est ici limitée à une critique immanente (41) au regard de deux normes partagées : celle des droits humains tels que définis par l'ONU et instanciés par les *Principes de Jogjakarta* (12-13) ; et celle de la « Charte nationale de soutien à la parentalité » (10) imposée par la législation française. Force est de constater que les politiques publiques françaises entrent en contradiction avec leurs propres normes qu'il conviendrait de davantage situer dans le contexte normatif européen et mondial. Une critique transcendantale (41) viserait à mettre en évidence la participation de cette apparente incompétence à une dynamique politique globale, étant admis que le maintien des rapports de pouvoir sociaux s'accompagne d'une complexité grandissante des discours (19).

Pour autant, le point de vue adopté ici est celui d'actrice de santé publique. Aussi, cette étude interroge l'éthique contemporaine de la promotion de la santé reproductive :

² Traduction de l'autrice de la phrase originale : « *Wherein a trans person socially and/or physically moves from one way of being gendered in the world to another.* »

comment travailler à l'intérieur d'un cadre normatif imposé et non inclusif qui participe à creuser les écarts de santé ? Reprenant l'adage *garbage in = garbage out*, si la réponse peut interroger la nécessité de respecter le cadre légal dans la pratique, elle devra davantage s'intéresser à la re-politisation du champ de la santé publique dans le domaine de la santé communautaire et sa promotion pour les populations vulnérables où le risque d'innover est porté par les membres des communautés. Dans une perspective durable (21), le peu d'énergie mis à leur service devait être alloué au développement d'approches innovantes et reposant sur des preuves, à défaut de contourner des barrières systémiques.

Dans le champ de la promotion de la santé reproductive, une réforme du cadre législatif paraît nécessaire et ne saurait attendre la prochaine réévaluation de la loi de bioéthique.

Remerciements

L'autrice souhaite remercier Mathilde Guernut pour son expertise et sa relecture.

Références

- Loiry MM, Deshoulières É. Droits et libertés des personnes transgenres : Guide pratique et modèles d'actes. Paris, France: Stop homophobie; 2021. 69 p.
- Chrysalide. Projet parental [En ligne]. 2019 [consulté le 24 avril 2023]. Disponible sur: <https://chrysalide-asso.fr/projet-parental/>
- Hee S. Point sur le livret de famille et la transidentité [En ligne]. 2017 [consulté le 24 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.acthe.fr/documentation/223-point-sur-le-livret-de-famille-et-la-transidentite.html>
- Rédaction Actu. Un couple transgenre donne naissance à un enfant, une première en France [En ligne]. 2023. Disponible sur: https://actu.fr/societe/un-couple-transgenre-donne-naissance-a-un-enfant-une-premiere-en-france_58363853.html
- Ballet V. Filiation : les personnes trans, parents pauvres de l'Etat [En ligne]. 2022. Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/familles/filiation-les-personnes-trans-parents-pauvres-de-letat-20220516_D4L33UESSJH2LGCHJHLMNMRXY4/
- Conseil Constitutionnel – Décision n° 2022-1003 QPC du 8 juillet 2022 [En ligne]. Conseil Constitutionnel. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2022/20221003QPC.htm>
- Jutant S, Pluen S, Zimmermann L. Notre santé nous-mêmes - Comment l'auto-organisation en santé trans peut faire évoluer les pratiques en santé publique. Revue du Crieur. 2023;24-35.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030 [En ligne]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2017. 74 p. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 : priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2021. 6 p. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_strategie_sante_sexuelle_2021-2024.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Charte nationale de soutien à la parentalité [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2022. 1 p. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_nationale_de_soutien_a_la_parentalite.pdf
- Commission des 1 000 premiers jours. Les 1 000 premiers jours : là où tout commence [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2020. 125 p. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- International Commission of Jurists. The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity [En ligne]. 2007. 35 p. Disponible sur: <https://www.refworld.org/pdfid/48244e602.pdf>
- Cabral Grinspan M, Carpenter M, Ehrt J. The Yogyakarta Principles plus 10: Additional Principles and State Obligations on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles [En ligne]. 2017. 27 p. Disponible sur: https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Rose D. Survivor-Produced Knowledge. In: Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D (ed.). This is survivor research. Ross-on-Wye, England: PCCS Books; 2009. p. 38-43.
- Baleige A, Guernut M, Denis F. Impact of Depsycho-pathologization of Transgender and Gender Diverse Individuals in ICD-11 on Care Delivery: Looking at Trans Expertise through a Trans Lens. Int J Environ Res Public Health. 14 oct 2022;19(20):13257.
- Baleige A, Guernut M, Denis F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective. Int J Environ Res Public Health. oct 2022;19(19):11983.
- Nations unies. La Déclaration universelle des droits de l'homme. 1948.
- Ministère des Solidarités et des Familles. Mise à jour de la charte nationale de soutien à la parentalité [En ligne]. 2022 [consulté le 24 avril 2023]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/mise-jour-de-la-charte-nationale-de-soutien-la-parentalite>
- Van Dijk TA. Critical Discourse Studies: A Sociocognitive Approach. In: Wodak R, Meyer M (ed.). Methods of Critical Discourse Analysis. 2nd ed. London, England: SAGE; 2009. p. 62-86.
- Lupton D. Discourse Analysis: A New Methodology for Understanding the Ideologies of Health and Illness. Aust J Public Health. juin 1992;16(2):145-50.
- World Health Organization. Promoting Health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: All for Health, Health for All [En ligne]. 2017. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>
- Terrien A. « Thérapies de conversion » : le Sénat ne cède pas aux sirènes d'une prétendue idéologie du genre [En ligne]. 2021. Disponible sur: <https://www.causette.fr/societe/en-france/therapies-de-conversion-le-senat-ne-cede-pas-aux-sirenes-dune-pretendue-ideologie-du-genre/#:~:text=Le%20Sénat%20s%27est%20largement,dans%20la%20proposition%20de%20loi>
- Lecourbe M. Les hommes trans exclus de la constitutionnalisation de l'IVG par la macronie [En ligne]. 2022 [consulté le 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.revolutionpermanente.fr/Les->

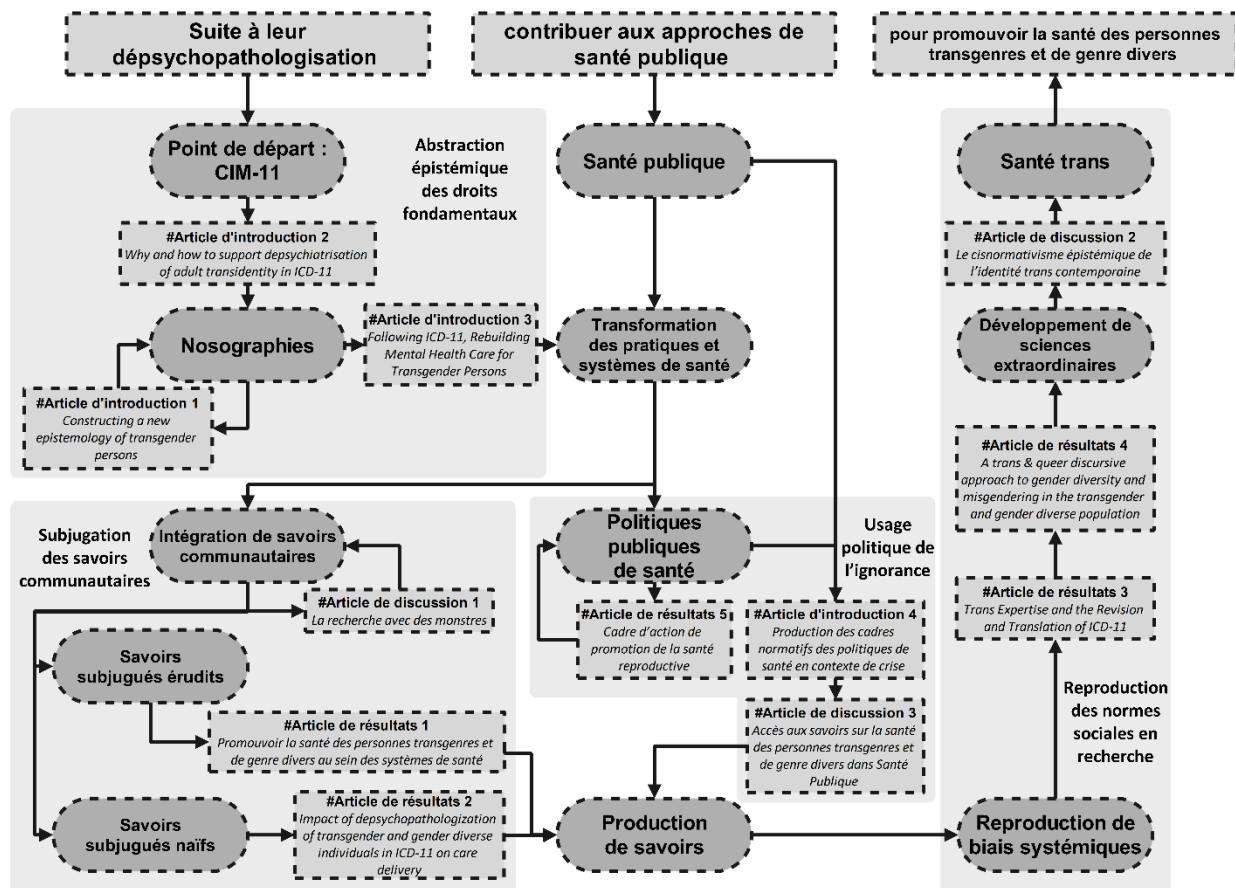
- hommes-trans-exclus-de-la-constitutionnalisation-de-l-IVG-par-la-macronie
24. Lessard M, Zaccour S. Quel genre de droit ? Autopsie du sexisme dans la langue juridique. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*. 2019;47:227.
 25. Mascarenhas E. Les mots féminins en droit français : de l'inclusion à l'exclusion ? Le genre : repenser la langue et le droit. *Journée d'étude à l'université de Nantes*, 2022.
 26. Moron-Puech B, Saris A, Bouvattier L. La normalisation étatique de l'inclusivité du langage. *Cahiers du genre*. 2020;69(2):151-76.
 27. Denis F, Rusch E. Lettre ouverte au président de la République : plaider pour la santé publique. *Santé publique*. 2022;34(2):165-7.
 28. Baleige A. L'incertitude et la controverse : les leviers épistémiques de la santé publique ? *Santé publique*. 2022;34(HS1):0.
 29. Zemmour É. *Face à Baba*. 2021.
 30. Foucault M. Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir. Paris, France: Gallimard; 1976.
 31. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global Health Burden and Needs of Transgender Populations: A Review. *Lancet*. 23 juill 2016;388(10042):412-36.
 32. Gabrielatos C. The Discourse Presentation of Autism in the UK press: A Case of Critical Corpus Lexicography. Workshop on Corpus Linguistic Applications. Aristotle University of Thessaloniki; 2023.
 33. Haute Autorité de santé. Parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage [En ligne]. 2022. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367504/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-note-de-cadrage
 34. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors Leading to "Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*. mars 2021;8(4):273-80.
 35. Serano J. Julia's Trans, Gender, Sexuality, & Activism Glossary! [En ligne]. 2016 [consulté le 24 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.juliaserano.com/terminology.html>
 36. Degerman D. Maladjusted to Injustice? Political Agency, Medicalization, and the User/Survivor Movement. *Citizensh Stud*. avr 2020;24(2):1-20.
 37. Sère B, Michelle Fournié, Daniel Le Blévec, Julien Théry (dir.), *L'Église et la chair*. *Arch Sci Soc Relig*. 2022:216-8.
 38. Askevis-Leherpeux F, De la Chenelière M, Baleige A, Chouchane S, Martin MJ, Robles-García R, et al. Why and How to Support Depsychiatrisation of Adult Transidentity in ICD-11: A French Study. *Eur Psychiatry*. juin 2019;59:8-14.
 39. Ashley F. The Misuse of Gender Dysphoria: Toward Greater Conceptual Clarity in Transgender Health. *Perspect Psychol Sci*. nov 2021;16(6):1159-64.
 40. Robles R, Keeley JW, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Sharan P, et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. *Int J Clin Health Psychol*. 2022;22(1):100281.
 41. Fairclough N. *Language and Power*. 3rd ed. Abingdon, England: Routledge; 2015. 274 p.

4. DISCUSSION

La dépsychopathologisation des personnes TGD a été rendue effective par l'entrée en vigueur le 01 janvier 2022 de la CIM-11 de l'OMS comme nosographie internationale de référence, mettant fin à 184 années de psychopathologisation. Elle a servi de prétexte au développement d'approches de santé publique en recherche scientifique et de politiques publiques de santé à destination des personnes TGD. Pour ces raisons, elle a été le point de départ de ce travail de recherche, dont l'objectif est de contribuer aux approches de santé publique pour promouvoir la santé des personnes TGD.

Quatre thèmes de discussion s'en dégagent : l'abstraction épistémique des droits fondamentaux ; la subjugation des savoirs communautaires ; la reproduction des normes sociales en recherche ; et l'usage politique de l'ignorance.

Leur articulation et les publications scientifiques en rapport sont présentées en Figure 27.



4.1. Abstraction épistémique des droits fondamentaux

La dépsychopathologisation des personnes TGD – et ultimement leur dépathologisation – est un acquis issu de l'adoption en 1948 des droits humains comme cadre de référence des recherches biomédicales et des politiques publiques [1,4,20,21]. Les droits humains forment un ensemble de normes dans lesquelles sont inscrites la définition de la santé [1], le champ contemporain de la santé publique [35] – et d'autres champs transdisciplinaires comme les études critiques [57], l'agenda politique international [44] et les politiques internationales de santé publique [46], et les actions des états [19]. L'OMS, comme organe des Nations Unies en charge notamment du droit à la santé [7], doit s'inscrire dans ce cadre normatif. Pour autant, si la dépsychopathologisation des personnes TGD est un enjeu de droit fondamental, il a été abstrait à un enjeu épistémique qui s'est affranchi de ces normes, au profit d'enjeux nosographiques inscrits dans un cadre normatif dépassé.

L'Article d'introduction 1 [a01] [154] a mis en évidence les interactions de l'évolution des nosographies avec leur contexte social. Les personnes TGD sont restées psychopathologisées à travers des dizaines de nosographies ; trois grands cadres idéologiques : la dégénérescence, la psychiatrie biologique, et l'approche biomédicale ; qui ont traversé deux disciplines médicales : l'aliénisme, remplacé par la psychiatrie à la fin du XIX^e siècle. Pour autant, la dépsychopathologisation a été argumentée sur la base du caractère non-psychopathologique de la transitude, étudiée comme phénomène. Ce résultat a été retrouvé dans six études internationales [68] et a amené à considérer la souffrance mentale comme caractéristique de second ordre. De fait, comment expliquer que pendant près de deux siècles un phénomène, dont l'expertise psychiatrique est encore à ce jour revendiquée [110,148,149], et dont la psychopathologisation a eu des conséquences certaines et catastrophiques sur la santé et les droits des personnes TGD – et a justifié des politiques eugénistes de stérilisation systématiques abolies en France en 2017 [109], ait toujours été considéré de principe comme un trouble mental ?

L'Article d'introduction 2 [a02] [64] fait partie du corpus argumentaire de dépsychopathologisation de l'OMS [64–68]. Il met en évidence que la souffrance mentale n'est ni un élément nécessaire de la vie des personnes TGD, ni un élément intrinsèque, mais bien la conséquence d'expériences répétées de rejet, discriminations, et violences. La souffrance mentale reste largement répandue, et les soins peu accessibles et peu efficaces. Dans ce contexte, son contenu interroge la responsabilité des systèmes de santé, et ultimement des états, dans la fabrique des iniquités de santé. Pour autant, la publication scientifique [68] reprenant l'ensemble des études de terrain

menées au niveau international remplace cet enjeu par une comparaison de l'utilité clinique de deux conceptualisations différentes des personnes TGD, issues de deux nosographies concurrentes : la dysphorie de genre et l'incongruence de genre. La dysphorie de genre est une conceptualisation inédite introduite dans la cinquième révision du *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'*American psychiatric association* [79]. La dysphorie décrit un état de mal-être permanent qui est essentialisé aux personnes TGD. En pratique, l'adoption de ce diagnostic a permis d'asseoir un nombre croissant d'études portées par des activistes anti-trans qui visent à lutter effectivement contre les droits humains [58], tout en s'inscrivant dans des normes éthiques de recherche définies par ceux-ci.

L'Article d'introduction 3 [a03] [142] est une des références des standards internationaux pour la santé des personnes TGD publiés par la WPATH [145]. Ce document de la WPATH sert actuellement de base au travail en cours de l'OMS pour la mise en place de recommandations internationales sur la santé des personnes TGD. L'article met en évidence que les changements nosographiques conduisent à une transformation des systèmes de santé existants, et que la participation des communautés et des personnes TGD est un moyen effectif de développement de bonnes pratiques. Les changements nosographiques sont également le motif premier de la demande du ministère français de mise en place de politiques publiques et de recommandations de bonne pratique [148,149], validant a posteriori le propos de l'article.

Pour autant, l'Article d'introduction 4 [a04] [182] met en évidence que ces travaux n'ont pas été accompagnés d'une mise à jour des cadres normatifs des politiques de santé. Plus encore, si la recherche scientifique abstrait les enjeux de droits comme épistémiques et nosographiques, la production des politiques publiques apparait prendre davantage de distance avec les publications scientifiques. Les publications sont incorrectement référencées et mobilisées, et participent principalement à argumenter l'incertitude et la controverse. L'article et les analyses complémentaires présentées dans les chapitres 1.3.2. Stratégies de nomination et prédication(p.114) & 1.3.3. Utilité tactique des savoirs (p.121) illustrent la distance importante entre cadrage des politiques publiques et la recherche.

Si la production scientifique abstrait des enjeux normatifs en enjeux épistémiques et nosographiques, que les enjeux nosographiques justifient des productions de politiques publiques, et que leur cadrage abstrait les enjeux épistémiques en enjeux politiques, il est vraisemblable d'interroger la capacité de la production scientifique en santé publique à l'amélioration des pratiques et des systèmes de santé. Ce alors, que chaque étape du processus revendique un caractère participatif et démocratique.

4.2. Subjugation des savoirs communautaires

Ce travail a adopté une lecture foucaldienne des savoirs, différenciant les savoirs dominants, des savoirs subjugués [92]. Des mécanismes d'injustice épistémique [97] amènent à différencier les savoirs subjugués naïfs, pouvant être invalidés frauduleusement sur des critères de forme liés à leur esthétique de cognition ou de scientificité, des savoirs subjugués érudits. Cette lecture a permis d'asseoir une analyse des productions scientifiques comme discours en interaction avec leur contexte, et la mobilisation de cadres théoriques [49] et méthodologiques [49,51,52,57] d'analyse critique du discours au service de la recherche en santé publique [53]. Si cette lecture permet une analyse critique épistémologique, elle n'est pas nécessaire au propos fondamental du travail de recherche : les savoirs nécessaires pour lever incertitude et controverse en santé des personnes TGD existent, sont nombreux, pour partie documentés et répondant à une formalisation scientifique, et facilement accessibles.

La production scientifique ne semble pas en capacité d'aborder les besoins de santé des personnes TGD. À titre d'exemple, dans leur revue systématique sur le sujet, Reisner *et al.* [77] pointent la rareté des recherches sur le psychotraumatisme ou les troubles alimentaires dans les recherches en santé mentale des personnes TGD qui sont pourtant le besoin de santé le plus étudié avec 303 points de données :

Les autres lacunes de la recherche en santé mentale incluent la rareté des études portant sur le stress post-traumatique ou le stress traumatique (n=3 points de données), ce qui est surprenant puisque de nombreuses personnes transgenres vivent des situations de violence et de victimisation ; et peu de données sur les troubles alimentaires (n=3 points de données), malgré les préoccupations des personnes transgenres en matière d'image corporelle et la relation supposée entre l'image corporelle et le risque sexuel [77].¹³

Les auteurices pointent également que :

De nombreuses sources non revues par des pairs, provenant de l'OMS, de l'Organisation panaméricaine de la santé, de l'Agence de santé publique du Canada, de l'ONUSIDA, des Centers for Disease Control des États-Unis et d'autres agences et organisations de santé, y compris les évaluations des besoins des communautés locales, fournissent des données inestimables. Les partenariats entre les membres des communautés et les chercheurs pour la collecte de données

¹³ « Additional gaps in mental health research included a scarcity of studies examining post-traumatic stress disorder or traumatic stress (n=3 datapoints), which is surprising, since many transgender people experience violence and victimisation; and there were few data about eating disorders (n=3 datapoints), despite the body image concerns of transgender people and the hypothesised relation between body image and sexual risk » (Reisner *et al.*, 2016).

représentent une étape importante dans l'amélioration de la recherche sur la santé transgenre dans le monde entier [77].¹⁴

C'est sur cette base issue de publications scientifiques dominantes que s'appuie l'Article de résultats 1 [a05] [154]. Il met en évidence que de nombreux supports épistémiques existent, répondent à un formalisme suffisant pour permettre une évaluation de leur qualité par un outil standardisé international [190], et participent à répondre à des zones d'ombre de synthèses des connaissances scientifiques [77,78]. D'un point de vue épistémologique, ces savoirs jouissent d'une meilleure situation épistémique [86] que les savoirs scientifiques dominants, sont largement ancrés sur des pratiques de terrain menées par des associations de personnes TGD – contenant leurs évaluations et perspectives. De là, deux interrogations pour la production scientifique se dégagent.

D'abord, au regard de la publication scientifique comme simple outil de forme, où la qualité et la pertinence des savoirs ne semblent pas dicter leur inscription dans la science. On peut donc s'interroger sur des mécanismes systémiques des processus de production et d'interprétation des discours scientifiques qui participent à en éloigner certaines populations, au détriment de la production scientifique. Cela revient à se demander pourquoi ces savoirs ne sont pas partie intégrante des circuits de production scientifique alors qu'ils répondent à leurs standards cognitifs et de scientificité, dégageant la possibilité de biais systémiques dans la production scientifique.

Également, au regard de la production participative des connaissances. Le développement des recherches participatives par et avec les communautés concernées est un enjeu global de la production scientifique en santé qui participe à l'amélioration de la qualité et de la validité des recherches [9], à des enjeux de démocratie [186], et à la décolonisation des savoirs existants. Si des biais existent dans la production scientifique, ils apparaissent servir un rôle politique dans le maintien de la subjugation de ces savoirs érudits.

¹⁴ .« Many non-peer reviewed sources from WHO, the Pan American Health Organization, the Public Health Agency of Canada, UNAIDS, the US Centers for Disease Control, and additional health agencies and organisations, including grassroots community-based needs assessments, provide invaluable data. Partnerships between community members and researchers to collect data represent an important step in improving transgender health research worldwide » (Reisner *et al.*, 2016).

Des analyses ancillaires ont porté sur trois domaines spécifiques : les santés mentale, reproductive et sexuelle. L'analyse en santé mentale a été construite dans la suite de l'Article d'introduction 3 [a03] [142] et a mis en évidence l'abondance des savoirs existants et leur pertinence au regard des lacunes des productions scientifiques décrites précédemment [77,78]. Les analyses en santés reproductive ont été réalisée dans le contexte de la stérilisation systématique des personnes TGD, au regard de celles en santé sexuelle sur les risques infectieux, qui représente la principale source de financement de la recherche sur leurs besoins de santé.

L'Article de résultats 2 [a06] [180] s'est centré sur la production de savoirs scientifiques dominants à partir de savoirs subjugués naïfs. Il s'agit d'une analyse qualitative portant sur les propositions des 72 personnes ayant participé à l'étude française pour la CIM-11. Elle met en évidence que ces savoirs existent, sont pertinents, et s'intègrent dans une instanciation locale des savoirs existants. 133 recommandations ont été analysées et les résultats recoupent largement ceux de l'Article de résultat 1 [a05] [154] et des revues de la littérature scientifiques publiées [77,78]. De plus, le discours des personnes participantes était suffisamment précis et homogène lexicalement pour permettre une double analyse double lexicométrique. En pratique, une telle proximité de propos est rare, et cet aspect méthodologique participe à argumenter l'évidence pour les personnes interrogées des transformations nécessaires des systèmes de santé.

Il participe également à invalider l'argument issu des milieux professionnels et relayé par la HAS dans son rapport de 2009 [110] que les associations de personnes TGD produiraient un discours militant déconnecté des réalités de terrain et de l'opinion des personnes TGD usagères des services. Au regard de ces travaux de recherche, cet argument apparaît infondé et amène à questionner son rôle politique, notamment au regard de la démocratie en santé.

Ces éléments et expériences personnelles en recherche participative en santé ont conduit à interroger leur rôle politique, et ont fait l'objet de l'Article de discussion 1 [a10] [212], paru dans la revue *Santé Publique*, dans un numéro spécial sur *les recherches participatives en pratiques*, en partenariat avec l'*institut pour la recherche en santé publique*.

Article de discussion 1

[a10] **Baleige A.** La recherche avec des monstres : Contextualisation politique des recherches participatives. *Santé Publique* 2023, HS2(35), 91-96. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.2023.0091>.

La recherche avec des monstres :
Contextualisation politique des recherches participatives

Anna BALEIGE

Santé Publique

RÉSUMÉ [a10]

Les recherches participatives ont acquis une visibilité récente qui alimente le remaniement de leurs cadres épistémiques. Les défis auxquels elles sont confrontées permettent d'étudier les enjeux de pouvoir qui régissent les systèmes de recherche. Partant de cette opportunité, ce papier propose de discuter les liens entre recherche en santé, recherches participatives et contexte politique. Menée depuis une position de chercheuse concernée inspirée des travaux des *survivor research*, l'analyse du contexte s'appuie sur une approche critique de la participation à deux recherches participatives menées en collaboration avec l'*Organisation Mondiale de la Santé*. La prise en compte du contexte est abordée sous l'angle des conditions, objectifs et enjeux politiques dans lesquels se construisent les recherches participatives. L'autrice démontre que les défis matériels, éthiques ou méthodologiques des recherches participatives ne participent pas tant à des questions épistémiques qu'au rôle qu'occupe la recherche comme pratique sociale. En abstrayant ces enjeux politiques derrière des questions épistémiques, la recherche participe à l'assujettissement des savoirs, au péril des communautés impliquées. La prise en compte des enjeux de pouvoir sociaux et au sein de la recherche appelle le développement de recherches directement menées par les personnes concernées.

La recherche avec des monstres : contextualisation politique des recherches participatives

Research with monsters: Political contextualization of participatory research

Anna Baleige¹

➡ Résumé

Les recherches participatives ont acquis une visibilité récente qui alimente le remaniement de leurs cadres épistémiques. Les défis auxquels elles sont confrontées permettent d'étudier les enjeux de pouvoir qui régissent les systèmes de recherche. Partant de cette opportunité, ce papier propose de discuter les liens entre recherche en santé, recherches participatives et contexte politique. Menée depuis une position de chercheuse concernée inspirée des travaux des *survivor research*, l'analyse du contexte s'appuie sur une approche critique de la participation à deux recherches participatives menées en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé. La prise en compte du contexte est abordée sous l'angle des conditions, objectifs et enjeux politiques dans lesquels se construisent les recherches participatives. L'autrice démontre que les défis matériels, éthiques ou méthodologiques des recherches participatives ne participent pas tant à des questions épistémiques qu'au rôle qu'occupe la recherche comme pratique sociale. En abstrayant ces enjeux politiques derrière des questions épistémiques, la recherche participe à l'assujettissement des savoirs, au péril des communautés impliquées. La prise en compte des enjeux de pouvoir sociaux et au sein de la recherche appelle le développement de recherches directement menées par les personnes concernées.

Mots-clés : Savoir ; Méthodes ; Recherche participative fondée sur la communauté ; Minorités sexuelles ; Personnes atteintes de troubles mentaux

➡ Abstract

The recent rise in the visibility of participatory research has contributed to reshaping its epistemic frameworks. The challenges it faces provide the opportunity to study the power dynamics within research systems. This paper therefore discusses the links between health research, participatory research, and political context. Conducted from the perspective of a service-user/survivor researcher inspired by survivor research, the context analysis is based on a critical approach to user participation in two participatory research projects carried out in collaboration with the World Health Organization. The context is considered in light of the political circumstances, goals, and issues that affect the environment in which participatory research operates. The author argues that the practical, ethical, and methodological challenges of participatory research have less to do with epistemic issues than they do with research's role as a social practice. By neglecting these political issues in favor of epistemic interrogations, research participates in knowledge subjugation, at the expense of affected communities. Taking into account social power struggles within research highlights the need for the development of research directly carried out by service users.

Keywords: knowledge; methods; community-based participatory research; sexual and gender minorities; persons with mental disorders

Introduction

« Je suis un monstre qui vous parle », avançait Paul B. Preciado en 2019, alors « invité au Palais des congrès de Paris à prendre la parole devant 3 500 psychanalystes réunis

lors des journées internationales de l'École de la cause freudienne pour le thème "Femmes en psychanalyse" [sic] » (1). Cette phrase fait écho au livre de Franz Kafka *Ein Bericht für eine Akademie*¹, dans lequel « le narrateur du texte est un singe qui, après avoir appris le langage des humains,

¹ Traduction française : rapport pour une académie.

¹ Université François-Rabelais, faculté de médecine – EA 75-05 Éducation, éthique, santé –Tours, France.

Correspondance : A. Baleige
baleige.a@gmail.com

Réception : 11/09/2023 – Acceptation : 27/09/2023

se présente face à une académie des plus hautes autorités scientifiques pour leur expliquer ce que l'évolution humaine a représenté pour lui » (1). Cherchant à produire une critique épistémologique des cadres dominants – ici psychanalytiques – à travers le « discours d'un homme trans, d'un corps non binaire » (1), Paul B. Preciado s'appuie sur la connaissance commune d'un classique littéraire pour transmettre les éléments intuitifs de sa pensée acquis par son parcours et son identité. En cela, sa démarche illustre l'enjeu central des approches participatives qu'est l'assujettissement des savoirs au service d'un discours dominant. À bien des égards, contribuer à un numéro spécial d'une revue scientifique sur les recherches participatives quand on est une chercheuse concernée représente un défi proche. Cet article mise sur la même hypothèse d'une compréhension partagée des écrits de Kafka, si ce n'est que celui-ci limite les possibilités stylistiques de mon discours qui devrait faire transparaître distance, neutralité et objectivité pour répondre aux normes de cette version scientifique du « cirque du régime binaire hétéro-patriarcal » (1).

Je suis une personne trans et folle. Ce ne sont pas des étiquettes choisies. Je suis aussi une psychiatre, sexologue et chercheuse en santé publique. Celles-ci le sont d'avantage. Dans ce papier, j'occupe la fonction de chercheuse concernée, construite à l'intersection de celles de scientifique, médecin, professionnelle de santé de terrain en santé mentale et sexuelle, survivante et usagère des systèmes de santé. Si je me suis appuyée sur Paul B. Preciado pour commencer, c'est d'abord parce que son propos est particulièrement pertinent pour les recherches participatives, mais aussi parce qu'il illustre le péril métaphysique inhérent au fait de devoir justifier son existence et sa valeur auprès de ses pairs dans un monde où on penserait ces éléments acquis de fait. Porter un discours depuis une position de personne trans et folle, c'est avant tout porter un discours doublement monstrueux, c'est s'exprimer face aux fourches et aux torches (2). Depuis les années quatre-vingt-dix (3), la métaphore récurrente du monstre dans les approches transféministes participe à mettre en exergue la nécessité politique d'assujettir injustement notre parole. Injustement, à l'image du concept d'injustice épistémique développé par Miranda Fricker (4) sur la base de nos expériences (5) pour comprendre les conséquences de la non-reconnaissance de nos savoirs et témoignages. Politiquement, à l'image de celui de Michel Foucault sur l'assujettissement des savoirs et la manière dont les non-dits du discours dominant servent l'oppression des marges (6).

Ce papier vise à communiquer la compréhension intuitive acquise par l'expérience de l'autrice des conditions de production et d'interprétation des approches participatives en recherche à travers une illustration de leurs

liens avec les recherches, leurs exécutions, valorisations et contextes sociaux. Pour cela, dans une méthodologie proche de l'auto-ethnographie, il s'appuie sur un retour critique de participation à deux projets de recherche participatifs menés à terme. Les apports épistémiques liés à la position de chercheuse concernée seront discutés au regard des enjeux de pouvoir dans la recherche participative. Cette approche repose sur une compréhension foucauldienne des enjeux de pouvoir entourant la construction des discours porteurs de savoirs (7), étant admis que le savoir est une croyance partagée contextualisée (8). Il s'appuie également sur les travaux menés sur l'injustice épistémique (4), particulièrement vis-à-vis des personnes trans (5) ou folles (9), et ses applications en santé (10).

Conditions politiques

À l'occasion de la onzième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) en 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a opéré plusieurs changements nosographiques majeurs concernant la pathologisation des personnes transgenres et de genre divers. D'abord, les diagnostics associés aux conceptions psychopathologiques ont été supprimés (11). Ensuite, de nouvelles entités diagnostiques correspondantes ont été introduites dans un cadre pathologique non psychopathologique, amenant à ne plus considérer ces diagnostics comme des « troubles mentaux ou du comportement » mais comme des « affections liées à la santé sexuelle ». La traduction française de la CIM-11 n'ayant pas encore fait l'objet d'une relecture experte sur ces sujets (12), on peut noter le passage de la notion de *disorder* (trouble) à celle de *condition* (affection). Si au moment de l'étude les discours apparaissaient centrés sur des enjeux nosographiques et épistémiques, ce ne sont ni ces imprécisions nosographiques ou épistémiques ni les effets de la marginalisation sur la santé qui ont motivé la révision de la CIM-11, mais bien l'activisme politique des personnes concernées (13). Pour autant, ces changements ont été proposés par un comité d'experts spécialement réuni et ne comportant aucune personne trans (14). Maintenir une pathologisation jugée non nécessaire, notamment des enfants, a d'ailleurs entériné une cassure avec la communauté trans (15). Cette mise à mal des possibilités futures de participation des communautés concernées n'a pourtant pas eu d'incidences sur le processus de révision qui répondait vraisemblablement à un autre enjeu pour l'OMS : appuyer la dépsychopathologisation des personnes

trans sur des études scientifiques de terrain à la recherche d'une élégance dont avait manqué l'American Psychiatric Association (APA) en 1973 quand elle avait altéré la nosographie psychiatrique par vote dans sa dépsychopathologisation des personnes homosexuelles (16).

Des études comparant la nosographie de l'APA à la proposition de l'OMS ont été mises en place dans six pays du monde, dont une en France qui s'est distinguée en revendiquant un caractère participatif (17). Le projet de recherche avait déjà été cadré en amont par le comité expert de l'OMS et la méthodologie fixée par l'équipe de recherche initiale (18). Le centre était chargé de l'exécution de la recherche et de sa valorisation. Le choix a été fait de constituer un comité scientifique participatif avec un collectif communautaire local regroupant associations de personnes trans et professionnels de santé primaire (19). Ce partenariat a permis l'accès aux ressources communautaires pour « trouver le terrain d'étude principal, celui de l'étude pilote, et la mobilisation des personnes trans pour leur participation à l'étude » (19). Il a aussi amené à la construction d'un questionnaire additionnel qui abordait les enjeux spécifiques de langue en contexte francophone et était présenté comme une façon pour les personnes trans participantes de contribuer au processus de révision. Il était prévu que l'enquête soit menée par une personne trans, mais cela n'a pas été possible à la suite d'un avis défavorable du comité d'éthique qui estimait que « d'un point de vue méthodologique, la réalisation de ces entretiens par des transgenres pose un problème d'objectivité du recueil des données » (19), sans forcément que cet élément ne soit plus largement questionné dans le cadre des études menées par des personnes cisgenres auprès de personnes cisgenres. Au minimum, ce projet permet d'illustrer des freins systémiques discriminatoires – ici transphobes – dans le fonctionnement des institutions de recherche. Ces freins sont déjà connus et placent de fait la démarche participative dans une politisation forcée, à l'instar de celle subie par les communautés concernées (20).

Sous couvert de technicité (19), la participation s'est arrêtée avant l'analyse des résultats qui a été réalisée par une chercheuse de l'équipe en partenariat avec l'équipe initiale (17). La première publication a fait l'objet d'un retour vertical auprès du collectif, aucune autre publication originale n'a été envisagée, notamment sur les données du questionnaire additionnel qui sont restées inexploitées. Ce phénomène également décrit par Diana Rose (20) permet d'illustrer que, dans une recherche, la participation ne semble pouvoir exister qu'au sein des espaces où elle est perçue comme utile par le système de recherche. En l'occurrence, participer à l'homéostasie du centre en mettant

artificiellement en avant une compétence en recherche participative et permettre la mise en place concrète de la recherche dans un climat de tension avec les personnes concernées. Au-delà, la participation ne semble pas avoir eu le pouvoir suffisant pour s'imposer dans le discours, amenant à une disparition complète des personnes concernées chercheuses de la publication internationale finale (21).

Aussi, développer le caractère participatif des recherches amène à considérer les enjeux de pouvoir dans lesquels il s'inscrit, mais aussi ceux plus généraux dans lesquels s'inscrit la recherche.

Objectifs politiques

Par la suite, nous avons monté un projet de recherche sur la santé physique des personnes étiquetées avec un problème de santé mentale – également une commande de l'OMS, faute de stratégie concrète pour répondre aux données pointant une perte d'espérance de vie de vingt à trente ans (22). Toute liberté étant autorisée au-delà du thème initial, nous avons construit un projet participatif qui s'appuyait sur le concept de parties prenantes et visait l'émergence de savoirs nouveaux par la mise en dialogue. Un comité participatif était chargé de faire communiquer les savoirs entre des groupes focaux multicentriques (23). Anticipant les enjeux de pouvoir entre parties prenantes, nous avons organisé une répartition équitable des nombres, rôles et pouvoirs au sein du comité – dans cette logique de répartition des pouvoirs, nous avons choisi de considérer les positions de recherche comme fondamentalement différentes des expériences de terrain. Nous avons également prévu de dédommager financièrement les personnes concernées participantes.

Cette approche visait et a permis la mise en place d'un phénomène de co-construction qui a facilité une recontextualisation du cadre de recherche, qui est passé des « comorbidités somatiques des troubles psychiques sévères et persistants » à « la promotion de la santé physique en santé mentale ». Ces changements langagiers appuient l'introduction des notions de promotion de la santé, de discriminations systémiques et de santé globale, qui a été permise par la lutte active de personnes folles participant au comité. Ces éléments sont par la suite entrés en résonance avec la 9^e conférence mondiale sur la promotion de la santé de 2016 (24) et un rapport de l'OMS traitant spécifiquement du sujet et s'appuyant sur des connaissances exclusivement universitaires (25), qui

arrivaient à des conclusions similaires. L'idée ici est que l'approche participative nous a permis de mieux cibler notre objet d'étude et d'améliorer la validité écologique de la démarche, mais que cela a été rendu possible par la mise en place de conditions matérielles de participation.

Cependant, si cette étude a joui d'une forte dynamique participative dans sa phase de conceptualisation, cet effet s'est rapidement estompé dès sa mise en place. On retrouve également des éléments d'exclusion sous couvert de technicité. Cependant, ce qui nous a fait défaut est l'anticipation de la temporalité de la recherche, entre écriture, obtention d'un financement et mise en route. Par la suite, aucun effort n'a été déployé pour renouer la participation et une déconnexion s'est opérée au sein de l'équipe de recherche. De fait, l'analyse, l'interprétation et la valorisation des résultats n'ont pas été réalisées dans une approche participative. Cette déconnexion est apparente dans nos publications et notamment dans nos points de discussion : épuisement des aidants et promotion du dialogue ouvert, de la psychoéducation, de l'éducation thérapeutique et du métier de médiateur santé-pair (26).

Notre discussion ne reprend pas les enjeux de l'ensemble des parties prenantes et exclut notamment ceux des personnes concernées de terrain. De nombreuses communautés ont condamné l'emploi du dispositif « Mon espace santé » – qui ne répond pas à leurs besoins de sécurité face aux discriminations dans le système de santé (27) –, qui est pourtant mis en avant dans un point de discussion de la publication anglophone (28). Le processus participatif initial avait écarté la psychoéducation ou l'éducation thérapeutique comme solution, grâce aux personnes folles de l'équipe qui avaient mis en évidence l'injustice de leur faire porter la responsabilité d'une solution systémique. Cette déconnexion entre les différents temps de l'étude est d'autant plus apparente que des travaux antérieurs du même centre – dont certains menés avec les mêmes personnes – s'interrogeaient sur l'éducation thérapeutique au regard de l'*empowerment* (29), notion centrale de l'argumentaire de l'étude (23). Ces enjeux de forme posent la question des objectifs politiques de l'étude qui bénéficie désormais d'un argumentaire participatif pour « rassembler toutes les informations qui peuvent être utiles aux personnes vivant avec un trouble psychique au long cours sur un support agréable, facile à utiliser et accessible » (26), proposant ainsi comme solution la facilité et le ludisme d'une information accessible à nous, les handicapés.

Cette lecture *post-mortem* permet, mieux que la précédente, d'illustrer que les conditions politiques et matérielles de la recherche participative s'organisent autour de

l'objectif de la recherche. Pas objectif de recherche, mais objectif politique de la recherche. En l'occurrence, cette recherche n'avait pas tant pour finalité de promouvoir la santé physique en santé mentale, que de démontrer une compétence institutionnelle à construire un réseau et instaurer un climat de dialogue dans un contexte de défaillance systémique.

Enjeux politiques

Ces éléments de critique rapide mettent l'accent sur le contexte socio-politique des recherches, étant admis que, « *in human matters, interconnections and chains of cause-and-effect may be distorted out of vision. Hence "critique" is essentially making visible the interconnectedness of things*² » (30). L'approche critique entre en résonance avec les approches participatives où l'intégration d'une diversité de points de vue et de savoirs interroge nos évidences. Le propos est situé dans un cadre inhabituel pour la recherche en santé où une de nos lacunes épistémiques est notre incompétence à invalider nos hypothèses (31). Le développement des approches critiques en santé publique est discuté de longue date et dans cette question les recherches participatives peuvent représenter un atout épistémique : celui de permettre une compréhension intuitive et rapide du contexte socio-politique (32). Investir dans les approches critiques participatives permettrait de démontrer la pertinence politique des recherches et d'embrasser les déconstructions et constructions épistémiques et paradigmatiques qui s'ensuivraient.

Cependant, là où on s'attendrait à voir le pouvoir se redistribuer, il tend à se maintenir. Là où nous devrions peut-être repenser nos paradigmes alors que plus aucun problème n'est abordable sans transdisciplinarité, nous nous efforçons d'abstraire ces enjeux politiques en questions épistémiques artificielles de savoir expérientiel et de discussion sur le statut d'utilisateur ou d'usagère. Le savoir expérientiel est une notion apparue au début des années soixante-dix pour caractériser ces connaissances que partageaient les personnes folles entre elles (33) et est restée discrète au niveau scientifique jusqu'à ce regain d'intérêt récent. Aujourd'hui, le savoir expérientiel est validé par des reconnaissances universitaires.

² Traduction de l'auteur : « Dans les questions humaines, les interconnexions et les chaînes de cause à effet peuvent être déformées et invisibilisées. La "critique" consiste donc essentiellement à rendre visible l'interconnexion des choses. »

Dans mon intervention, j'ai mis l'accent sur le fait que penser la pleine participation à l'ensemble des étapes de la recherche amenait à déplacer progressivement les cadres épistémiques dans lesquels la recherche se construit (34). Les recherches que j'ai utilisées comme exemples précédemment ont toutes reproduit ce que Diana Rose décrit dans son article à propos du phénomène de co-construction :

There is the potential for disagreement between user and conventional researchers and the criteria for which view is in the ascendant are not clear. It runs the additional risk of privileging the place of numbers above that of the views of service users. On the other hand, some might call this co-production³. (20)

Notre deuxième projet n'a pas atteint son objectif de participation parce que les interactions entre parties prenantes étaient pensées en partant du principe qu'elles étaient égalitaires. Elles ne le sont pas. L'injustice épistémique est constitutive du cadre des recherches participatives, parce que, *in fine*, il s'agit de recherches, produites et interprétées par des processus de recherche. Penser la pleine participation interroge donc nos cadres de pensée, mais aussi plus largement nos cadres de recherche.

Conclusion

Le contexte actuel favorise la mise en avant des recherches participatives, alors que la notion de savoir expérientiel existe depuis cinquante ans (33). Depuis trente ans, on argumente en vain pour développer les approches critiques en santé publique (32). Dans une lecture foucauldienne, où l'accent serait mis sur le rôle qu'occupe la visibilité des savoirs (6), on se demanderait si le développement des recherches participatives représente un bénéfice pour les communautés impliquées ou s'il s'agit juste de l'évolution naturelle des arts du cirque évoqué en introduction.

La position de chercheuse concernée que j'ai adoptée dans ce papier est inspirée du travail de Diana Rose (20), et plus largement des travaux des *survivor research* (35, 36). Face à ces enjeux de pouvoir

dans la recherche, la solution proposée a été celle des recherches directement menées par les personnes concernées, l'argument épistémique étant qu'une prise de pouvoir par les personnes concernées participe à promouvoir le processus participatif à l'ensemble des étapes de la recherche. En cela, cet argument est ontologique, car il redéfinit la notion de personne concernée, non plus comme celle qui a vécu quelque chose, mais comme celle qui a quelque chose à perdre. Le terme anglais a été préféré ici parce qu'il rend compte de la double idée que les recherches par les survivants sont aussi des recherches pour survivre.

Paul B. Preciado concluait ainsi l'histoire du singe Pierre le Rouge : « Une fois capturé, le singe dit ne pas avoir eu le choix : s'il ne voulait pas mourir enfermé dans une cage, il devait passer à la "cage" de la subjectivité humaine » (1).

Références

- Preciado PB. Je suis un monstre qui vous parle. Paris, France: Grasset; 2020. p. 67-88.
- Stryker S. My Words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. In: Stryker S, McCarthy Blackston D (ed.). *The Transgender Studies Reader Remix*. New York / London: Routledge, Taylor et Francis Group; 2023. p. 244-56.
- Haraway D. The Promises of Monsters: A Regenerative Politics for Inappropriate/d Others. In: Grossberg L, Nelson C, Treichler P (ed.). *Cultural Studies*. 1st edition. New York: Routledge; 1991.
- Fricker M. Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2007. 199 p.
- Fricker M, Jenkins K. Epistemic Injustice, Ignorance, and Trans Experiences. In: Garry A, Khader SJ, Stone A (ed.). *The Routledge Companion to Feminist Philosophy*. New York, United States: Routledge; 2017. p. 268-278.
- Foucault M. Two Lectures. In: Foucault M, Gordon C (ed.). *Power/Knowledge : Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. New York, United States: Pantheon Books; 1980. p. 78-108.
- Fairclough N. *Language and Power*. 3rd edition. Abingdon, United Kingdom: Routledge; 2015. p. 1-264.
- Gettier EL. Is Justified True Belief Knowledge? *Analysis*. juin 1963;23(6):121-123.
- Crichton P, Carel H, Kidd IJ. Epistemic Injustice in Psychiatry. *BJPsych Bull*. avr 2017;41(2):65-70.
- Grim K, Tistad M, Schön UK, Rosenberg D. The Legitimacy of User Knowledge in Decision-Making Processes in Mental Health Care: An Analysis of Epistemic Injustice. *J Psychosoc Rehabil Ment Health*. 16 août 2019;6:157-73.
- Baleige A, De la Chenelière M, Dassonneville C, Martin MJ. Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France. *Transgend Health*. fév 2022;7(1):1-6.
- Baleige A, Guernut M, Denis F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French

³ Traduction de l'autrice : « Il existe un risque de désaccord entre les usagers et usagères et les chercheurs et chercheuses conventionnels, et les critères permettant de déterminer quel point de vue est dominant ne sont pas clairs. Il existe un risque supplémentaire de donner plus de place aux chiffres qu'aux points de vue des usagers et usagères des services. D'un autre côté, certains pourraient appeler cela de la co-production. »

- Data from a Trans Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. oct 2022;19(19):11983.
13. Kara S. Gender is Not an Illness: How Pathologizing Trans People Violates International Human Rights Law [En ligne]. GATE; 2017. 19 p. Disponible sur: <https://gate.ngo/wp-content/uploads/2020/03/Gender-is-not-an-illness-GATE-.pdf>
 14. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender Incongruence of Childhood in the ICD-11: Controversies, Proposal, and Rationale. *Lancet Psychiatry*. mars 2016;3(3):297-304.
 15. Cabral M, Suess A, Ehrst J, Seehole TJ, Wong J. Removal of Gender Incongruence of Childhood Diagnostic Category: A Human Rights Perspective. *Lancet Psychiatry*. mai 2016;3(5):405-6.
 16. Baleige A, Guernut M. Constructing a New Epistemology of Transgender Persons: Impact of Gender Studies on Mental Health Ideologies [En ligne]. *Implications philosophiques*; 2021. Disponible sur: <https://www.implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies/>
 17. Askevis-Leherpeux F, De la Chenelière M, Baleige A, Chouchane S, Martin MJ, Robles-García R, et al. Why and How to Support Depsychniatrisation of Adult Transidentity in ICD-11: A French Study. *Eur Psychiatry*. juin 2019;59:8-14.
 18. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-Martínez T, et al. Removing Transgender Identity from the Classification of Mental Disorders: A Mexican Field Study for ICD-11. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):850-9.
 19. De la Chenelière M. De patient à chercheur : parcours d'*empowerment* autour de la transidentité. *Inf Psychiatr*. 2018;94(10):817-823.
 20. Rose D. Participatory Research: Real or Imagined. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(8):765-71.
 21. Robles R, Keeley JW, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Sharan P, et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals Who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. *Int J Clin Health Psychol*. janv-avr 2022;22(1):100281.
 22. World Health Organization. The European Mental Health Action Plan 2013-2020 [En ligne]. WHO; 2015. 19 p. Disponible sur: https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Internat_OECD_EU_WHO/WHO-Eu_Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf
 23. Baleige A, Besnard JF, Meunier-Beillard N, Demassiet V, Monnier A, Ouezini A, et al. A Collaboration Between Service Users and Professionals for the Development and Evaluation of a New Program for Cardiovascular Risk Management in Persons with a Diagnosis of Severe Mental Illness: French Multicenter Qualitative and Feasibility Studies. *Int J Ment Health Syst*. 27 déc 2019;13(1):74.
 24. World Health Organization. Promoting Health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: All for Health, Health for All [En ligne]. WHO; 2016. 36 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf?sequence=1>
 25. World Health Organization. Management of Physical Health Conditions in Adults with Severe Mental Disorders [En ligne]. WHO; 2018. 89 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf?sequence=1>
 26. Costa M, Meunier-Beillard N, Guillermet É, Cros L, Demassiet V, Hude W, et al. Réduire le risque cardiovasculaire chez les personnes vivant avec des troubles psychiques. *Santé publique*. 19 déc 2022;34(5):633-42.
 27. Les dangers du service « Mon espace santé » d'Ameli pour les personnes trans [En ligne]. XY Media [cité le 8 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.xymedia.fr/les-dangers-du-service-mon-espace-sante-pour-les-personnes-trans/>
 28. Costa M, Meunier-Beillard N, Guillermet E, Cros L, Demassiet V, Hude W, et al. Results of a Qualitative Study Aimed at Building a Programme to Reduce Cardiovascular Risk in People with Severe Mental Illness. *Int J Environ Res Public Health*. 3 juin 2022;19(11):6847.
 29. École des hautes études en santé publique. Le pouvoir d'agir « *empowerment* » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs [En ligne]. EHESP; 2018. 95 p. Disponible sur: <https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2019/09/DEF-MAR16H-INTEGRALE-RESTITUTION-Séminaire-de-recherche-action-.pdf>
 30. Fairclough N. Critical Discourse Analysis. The Critical Study of Language. London, United Kingdom: Routledge; 2013. 608 p.
 31. Fanelli D. "Positive" Results Increase down the Hierarchy of the Sciences. *PLoS One*. 7 avr 2010;5(4):e10068.
 32. Lupton D. Discourse Analysis: A New Methodology for Understanding the Ideologies of Health and Illness. *Aust J Public Health*. juin 1992;16(2):145-50.
 33. Borkman T. Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*. 1976;50(3):445-56.
 34. Baleige A, Denis F. Recherche par les survivants et enjeux épistémiques de la recherche participative : application à la promotion de la santé des personnes transgenres. In: *Recherches participatives en santé et bien-être des populations : défis et pratiques*. IReSP; 2022.
 35. Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D. This is Survivor Research. Ross-on-Wye, United Kingdom: PCCS Books; 2009. 200 p.
 36. Russo J, Sweeney A. Searching for a Rose Garden: Challenging Psychiatry, Fostering Mad Studies. Ross-on-Wye, United Kingdom: PCCS Books; 2016. 261 p.

4.3. Reproduction des normes sociales en recherche

La distance importante entre savoirs scientifiques dominants et savoirs subjugués érudits ouvre la possibilité de biais dans les processus de recherche. Les travaux de recherche présentés ici se sont focalisés sur les biais méthodologiques inhérents à la reproduction des normes sociales dans les recherches dominantes. Cette focale a été choisie au regard de l'enjeu d'intégration des cadres normatifs qui est apparu central à la fonction essentielle de la santé publique de production et diffusion des connaissances.

L'étude française pour la CIM-11 présentée dans l'Article d'introduction 2 [a02] [64] a été complétée par des analyses post-hoc. Les cadres normatifs et éthiques de recherche ont été modifiés pour introduire les droits humains [1,4,20,21] et les acquis des études queer et trans [70,73]. Si les matérialismes trans s'opposent aux études queer, notamment par la mobilisation politique qu'elles font des transgressions aux normes [95], ces deux champs transdisciplinaires partagent un socle d'analyse commun des normes sociales. L'intégration de ces normes dans les processus de recherche est d'ailleurs mise en avant au-delà de l'enjeu de santé des personnes TGD et profiterait plus largement à l'étude des iniquités de genre en santé [77]. Leur déconstruction s'accompagne également d'un développement de la précision des objets de recherche, en s'éloignant d'une vision essentialiste simpliste qui abstrait plusieurs spectres interconnectés de variables à une variable binaire femme/homme. Ces travaux partagent le développement d'approches méthodologiques visant à intégrer la normativité de genre comme norme sociale contextualisée.

L'Article de résultats 3 [a07] [181] intègre plus spécifiquement le cisgenrisme et la transnormativité. L'intégration de ces deux normes est par ailleurs un fil conducteur de l'ensemble du travail de recherche. Le cisgenrisme est une norme sociale dans laquelle la condition cisgenre est considérée par défaut et où les personnes TGD occupent la position d'exception, voire d'erreur systémique [73]. La transnormativité tend à normer l'existence des personnes TGD, définissant ainsi des critères et conditions à remplir et créant de fait la possibilité pour une personne TGD d'être argumentée hors de sa propre existence (Article d'introduction 2 [a02] [64]). La *dysphorie de genre* évoquée précédemment est un exemple de transnormativité dans lequel la souffrance était une condition nécessaire à la reconnaissance médicale, où les études pour la CIM-11 ont mis en évidence que ce critère excluait de fait une part non négligeable des personnes

TGD qui ne souffraient pas assez aux yeux des médecins pour mériter d'être reconnues (Article d'introduction 2 [a02] [64]).

Plus spécifiquement, cette étude a porté sur le processus de traduction de la CIM-11 en français, langue officielle de publication du document. Deux analyses ont été menées en parallèle : l'intégration des propositions des personnes TGD ayant participé à l'étude initiale, et une analyse du processus de traduction de l'anglais vers le français qui a abouti à la version finalisée de la CIM-11 en langue française.

La première analyse a permis de mettre en évidence la diversité des expériences de la transitude illustrée par celle des propositions. Les termes proposés par l'OMS ont été largement estimés inadaptés et péjoratifs, et les personnes participantes ont proposé des conceptualisations construites concurrentes et développées. Ces résultats, qui avaient été communiqués à l'OMS dans le rapport de recherche préliminaire à la publication, n'ont pas eu d'impact sur le processus de révision. Plus encore, leur analyse dans l'Article d'introduction 2 [a02] [64] s'est basée sur une catégorisation morphologique des propositions qui présupposait que les termes diagnostics devaient être constitués d'un terme de référence et d'un terme renvoyant au changement, à l'image des constructions nosographiques contemporaines. Ce processus d'analyse a été modifié dans l'Article de résultats 3 [a07] [181] au profit d'une approche guidée par les données sans présupposé théorique et a mis en évidence que le présupposé de l'analyse initial n'était pas construit sur la conceptualisation des personnes participantes, au contraire de leurs propositions qui reléguaient le diagnostic à ses aspects médicaux et administratifs plutôt qu'identitaires.

La deuxième analyse a porté sur la traduction officielle de la version finale de la CIM-11 en langue française. L'OMS a confié la traduction francophone à la France où elle a été réalisée en partenariat entre l'*agence technique de l'information sur l'hospitalisation* et le *centre collaborateur de l'OMS pour la famille des classifications internationales*. Pour des raisons financières, le processus de traduction s'est appuyé sur une traduction automatique faisant intervenir des techniques de *natural language processing*. Il s'agissait d'une nouveauté pour la traduction officielle d'une nosographie, qui se devait de respecter le processus de rétro-traduction promu par l'OMS [203]. L'institution a refusé de fournir des informations sur le processus de traduction, mais le centre collaborateur a éclairé sur le processus, qui avait fait l'objet d'une communication scientifique préalable [204]. Des techniques de *neural machine translation* devaient être utilisées pour les textes longs, les textes courts devant être traduits par *statistical machine translation*. Les premières s'appuient sur l'emploi de réseaux neuronaux, les autres d'analyses statistiques.

Le point de départ de la démarche de recherche a été la publication officielle de la CIM-11 en langue française où le diagnostic de *gender incongruence* avait été traduit par *dysphorie de genre*, alors même que ces deux conceptualisations diagnostiques ont été construites en opposition [68] et que des propositions de traduction en langue française avaient été publiées (Article d'introduction 2 [a02] [64]) et communiquées au ministère de la santé.

Les résultats mettent en évidence que le processus de traduction n'a pas respecté la rétro-traduction demandée. En effet, les termes en langue anglaise admettaient des variations de traduction en langue française suivant le contexte. Ces variations auraient pu être pertinentes dans une démarche de traduction où les recommandations expertes mettent en avant les limites des approches de rétro-traduction [202], étant admis que les langues ne sont pas construites sur des équivalents un pour un des termes et que leur emploi diffère en contexte. Plus généralement, cela interroge aussi la pertinence d'une traduction en français continental qui ne correspond pas à la majorité de l'emploi de la langue française dans le monde.

Par la suite, les résultats montrent que ces écarts ne sont pas le résultat d'une adaptation contextuelle des termes, mais d'une absence de relecture de la traduction produite par le réseau neuronal. Plus encore, là où les recherches préliminaires mettaient en avant la supériorité des approches statistiques sur des segments de texte courts, l'analyse a mis en évidence que l'intégralité des textes avait été traduite en utilisant des techniques basées sur un réseau neuronal.

L'emploi des intelligences artificielles dans les processus de traduction amène un nombre important de biais liés aux textes sur lesquels elles ont été entraînées, domaine actif de recherche [213–215]. Au final, la volonté politique de mise en avant de ces techniques et le manque de financement du processus de traduction a conduit la France à diffuser une version erronée de la classification, contenant des expressions discriminatoires, alors même que l'incongruence de genre a été mise en avant par l'OMS comme une des réformes clés de la CIM-11 [125]. Ces manquements n'ont pas été identifiés non plus au niveau de l'OMS avant la transmission de nos résultats et les interventions de personnes concernées sur la plateforme en ligne de la CIM-11.

Cette publication illustre l'impact des choix méthodologiques en recherche et en pratique sur la reproduction des normes. La méthodologie initiale d'analyse des contributions des personnes participantes à la traduction en langue française ne pouvait qu'aboutir à une validation des termes diagnostics proposés. Or l'analyse post-hoc montre que cette validation n'existait que par défaut et ignorait les nombreuses propositions alternatives construites et davantage adaptées en

contexte. La méthodologie employée pour la traduction en langue française était non seulement fallacieuse, mais a également introduit de nouvelles sources de biais dans le processus.

L'Article de résultats 4 [a08] [182] s'est focalisé sur l'identification des personnes non-binaires parmi les personnes participantes. L'Article de résultats 2 [a06] [180] avait déjà mis en évidence que l'échantillon contenait entre 6 et 15 (suivant les critères de définition) personnes ne rentrant pas dans une définition binaire du genre, par oppositions aux 3 de la publication initiale, écartées des analyses pour des raisons statistiques. Le bigenrisme est la norme centrale questionnée par l'étude, c'est-à-dire la croyance qu'il n'existe que deux genres dans les sociétés contemporaines [73]. Pour cela, l'étude s'est basée sur l'analyse de questions posées aux personnes participantes sur la façon appropriée de parler d'elles et leur propre usage du genre. Le concept de genre discursif a été introduit pour illustrer l'usage fait par une personne du genre dans le discours. Le concept de discours porte dans sa définition son interaction avec le contexte [49], pouvant amener à des genrages différents suivant les situations. Le premier résultat est que 32 personnes (soit la moitié de l'échantillon) ne font pas un usage binaire du genre. Cette proportion est par ailleurs congruente avec d'autres études sur la non-binarité au sein des communautés de personnes TGD. Par la suite, l'analyse a illustré une utilisation possible du concept au regard de l'expérience de mégenrage, notamment en situation de santé et familial. Le mégenrage est maintenant conceptualisé comme une forme de microagression [216].

La norme de l'hétéronormativité a également été intégrée dans la méthodologie. En contexte de mégenrage, l'hétérosexualité et l'homosexualité peuvent se confondre dans les yeux de la personne agresseuse parce que ces conceptions portent à la fois un jugement sur le genre de l'objet et le genre du sujet. Pour cela, l'analyse propose une méthodologie qui regroupe ces orientations sexuelles dans le contexte du mégenrage, et utilise plus spécifiquement les concepts d'androsexualité, gynosexualité, pansexualité, asexualité, ainsi que leurs déclinaisons. Les résultats mettent en évidence que l'intersection entre genre non-binaire et orientation sexuelle augmentent les occurrences d'adversité, de mégenrage et d'insultes.

Ces recherches participent à illustrer comment l'intégration implicite de normes sociales dans les méthodologies de recherche contribue à une contamination des résultats et ultimement à leur reproduction et maintien. Il apparaît nécessaire d'instancier les acquis des études queer et trans dans les processus de recherche en santé [70,73]. Ceci passe par la décolonisation des

conceptualisations usuelles, dans laquelle l'expertise des personnes concernées est centrale, de par leur position épistémique supérieure vis-à-vis de ces enjeux [9,86,217].

L'Article de discussion 2 [a11] [218] a été publié dans l'*année de la recherche en sciences de l'éducation* et présente une déconstruction des concepts usuellement employés pour conceptualiser les personnes TGD. Sa critique du concept d'identité de genre et son abord politique des concept l'inscrit dans une instanciation des approches transmatérialistes en santé.

Article de discussion 2

[a11] **Baleige A**, Goï C. Le cisnormativisme épistémique de l'identité trans contemporaine : Quand les autres décident de qui vous avez le droit d'être. *L'Année de la recherche en sciences de l'éducation* 2023, 71-90.

Le cisnormativisme épistémique de l'identité trans contemporaine :
Quand les autres décident de qui vous avez le droit d'être

Anna BALEIGE, Cécile GOÏ

L'Année de la recherche en sciences de l'éducation

RÉSUMÉ [a11]

La discussion sur les personnes trans est un phénomène social en expansion récente et rapide, entraînant la production et l'interprétation d'une diversité de discours. Pour autant, ils existent à l'intérieur de cadres idéologiques trans-exclusifs construits et contrôlés par des personnes cis. Plus encore, l'intégration de ces discours dans les sphères politiques, juridiques ou scientifiques force les personnes trans à la production de discours cis-normés devant répondre aux attentes sociales cis. Dans ce contexte, il est légitime de s'interroger sur leur construction identitaire où la part la plus intime de soi reste soumise à la validation des autres. À l'inverse, cet article pointe la focale sur les cadres cis-normés et vise à contextualiser la complexité artificielle de ces épreuves discursives. À travers les concepts d'identité de genre, d'expression de genre et d'identité administrative, il réfute le recours trop fréquent aux critiques immanentes et appelle à une critique transcendantale des cadres idéologiques scientifiques. En contribuant aux sciences extraordinaires, il participe à la construction d'une nouvelle lecture simple de la nature qui amènera de nouvelles sciences normales. En cela, il soutient l'idée que la fascination cis pour les discours trans est davantage le reflet d'une complexification inutile et paradigmatique des identités cis, que celui de la singularité des identités trans qui les prédate.

Le cisnormativisme épistémique de l'identité trans contemporaine : quand les autres décident de qui vous avez le droit d'être

Anna Baleige, Cécile Goi¹

Résumé : La discussion sur les personnes trans est un phénomène social en expansion récente et rapide, entraînant la production et l'interprétation d'une diversité de discours. Pour autant, ils existent à l'intérieur de cadres idéologiques trans-exclusifs construits et contrôlés par des personnes cis. Plus encore, l'intégration de ces discours dans les sphères politiques, juridiques ou scientifiques force les personnes trans à la production de discours cis-normés devant répondre aux attentes sociales cis. Dans ce contexte, il est légitime de s'interroger sur leur construction identitaire où la part la plus intime de soi reste soumise à la validation des autres. À l'inverse, cet article pointe la focale sur les cadres cis-normés et vise à contextualiser la complexité artificielle de ces épreuves discursives. À travers les concepts d'identité de genre, d'expression de genre et d'identité administrative, il réfute le recours trop fréquent aux critiques immanentes et appelle à une critique transcendantale des cadres idéologiques scientifiques. En contribuant aux sciences extraordinaires, il participe à la construction d'une nouvelle lecture simple de la nature qui amènera de nouvelles sciences normales. En cela, il soutient l'idée que la fascination cis pour les discours trans est davantage le reflet d'une complexification inutile et paradigmatique des identités cis, que celui de la singularité des identités trans qui les prédate.

Mots-Clés : Épistémologie, Genre, Identité, Identité de genre, Personnes transgenres, Normes sociales

Abstract : *Discussing trans people is a recent and rapidly expanding social phenomenon, resulting in the production and interpretation of a diversity of discourses. However, they exist within trans-exclusive ideological frameworks constructed and controlled by cis people. Moreover, integrating these discourses into political, legal or scientific spheres forces trans people to produce cis-normative discourses to meet cis social expectations. In this context, questions can legitimately be asked about their identity construction, where the most intimate part of oneself remains open to others' validation. In contrast, this article focuses on cis-normative frames and aims to contextualise the artificial complexity of these discursive challenges. Through concepts of gender identity, gender expression and administrative identity, it refutes the all too frequent recourse to immanent critiques and calls for a transcendental critique of scientific ideological frameworks. By contributing to extraordinary sciences, it engages in constructing a new and simple reading of nature leading to new normal sciences. As such, it supports the idea that cis fascination with trans discourses is rather a reflection of an unnecessary and paradigmatic complexification of cis identities, than of the singularity of trans identities that predates them*

Keywords : *Epistemology; Gender; Gender Identity; Transgender Persons; Social Norms*

Introduction

L'identité entre *idem*, *alter* et « fond intime étranger »

Dans une vie d'être humain, la tension entre permanence de soi et altérité à soi se déploie tout au long de l'existence. Comment peut-on

¹ Université de Tours, Faculté de médecine – EA 75-05 Éducation Éthique Santé – Tours – France.

s'éprouver comme la même personne dans l'évolution d'une vie qui se déroule de la naissance à la mort ? Comment peut s'articuler en soi la permanence de son être avec les changements inévitables liés au déploiement chronologique de la vie et de l'expérience ainsi vécue ? Comment joue-t-on de ce qu'on maîtrise de soi-même et de ce qui nous échappe, de ce qui en nous fait même – qu'on reconnaît comme tel – et en nous fait autre – qu'on vit comme « étranger » ?

À la naissance, l'identité nous est assignée par la rencontre entre notre corps (couleur de cheveux, variations anatomiques, etc.) et sa place dans notre organisation sociale (nationalité, culture, genre, etc.). Le fait même que la vie nous soit donnée et qu'un jour nous disparaîtrons constitue des éléments sur lesquels nous n'avons pas de prise, qui nous échappent et qui signent ainsi les limites de notre être, le « fond intime étranger » qui – paradoxalement – nous rend unique et singulier, la seule à être la personne que l'on est (Liiceanu, 1994).

Entre une identité *idem* et une identité *alter* (Ricoeur, 1990), la personne se déploie dans son histoire diachronique, dans son actualité synchronique, mais – aussi – dans la prise en projet de sa propre vie (Liiceanu, 1994) et dans l'appropriation d'une cohérence existentielle. La visibilité accrue des personnes trans interroge ce modèle duel. Dans un monde social et culturel cis-normé où le genre est assigné par d'autres, cette imposition d'une construction identitaire basée sur l'identité *alter* peut amener une altérité parfois radicale.

Cet article interroge les modifications paradigmatiques de nos conceptions de l'identité induites par l'introduction des questions trans. Pour ce faire, la science sera d'abord abordée comme pratique discursive, nous amenant par la suite à contextualiser les transformations des cadres idéologiques et méthodologiques, qui ont finalement amené une complexification cis-normée des concepts, à défaut d'une simplification paradigmatique.

La science comme pratique discursive

Au-delà des processus de configurations, ruptures, reconfigurations identitaires des personnes ou individus qu'elle évoque, la discussion au sujet des personnes trans par des personnes cis est devenue un phénomène central des discours médiatiques et politiques contemporains. Leur analyse met en évidence que le discours s'appuie sur les structurations des discours précédents, mettant en scène une lutte entre progressisme et conservatisme (Association des Journalistes LGBTI, 2023), allant jusqu'à la qualification de « dystopie de genre », employée lors de la campagne de l'élection présidentielle française de 2022 (Zemmour,

2021). La « dystopie de genre » viendrait ici s'ajouter à la longue liste des conceptualisations cis des personnes trans, faisant suite à : incongruence de genre (World Health Organization, 2019), dysphorie de genre (Robles et al., 2022), transsexualisme (Reed et al., 2016), travestisme, trouble mental de type schizophrénie avec idées délirantes à thème de métamorphose sexuelle (Haute Autorité de Santé, 2009), transvestisme, inversion génitale, inversion sexuelle, etc. (Baleige & Guernut, 2021).

Cette lecture s'appuie sur l'idée que les discours sont produits et interprétés dans un contexte spécifique, dont la prise en compte est nécessaire à leur analyse (Fairclough, 2015). C'est aussi vrai pour cet article, l'enjeu central étant d'arriver à rendre visibles des discours que le contexte scientifique invisibilise. Cette lecture de la visibilité et de la subjugation des savoirs s'appuie sur une vision foucauldienne des enjeux épistémiques comme situés au sein d'enjeux de pouvoirs politiques (Bacchi & Goodwin, 2016 ; Foucault, 1980), et diffère d'une lecture basée sur les savoirs situés et leur pertinence vis-à-vis d'une contribution épistémique globale (Haraway, 1988). Si on peut conserver des doutes sur la métaphysique des enjeux épistémiques dans la production scientifique contemporaine, la politisation des recherches est un mécanisme que les sujets trans rendent apparent.

En effet, alors que le manque de données, notamment français, est un argument récurrent des politiques publiques (Haute Autorité de Santé, 2022), des efforts croissants de recherche sont déployés pour tester et réfuter des hypothèses discriminatoires dont la pertinence est limitée à leur portée politique immédiate (Turban et al., 2022). Face à une apparente perte de repères scientifiques, cet article propose de formaliser un discours politique dans un discours de sciences portant sur la contextualisation des discours cis sur les sujets trans, qui participent à maintenir les enjeux de pouvoir sur les individus et les corps. En cela, être trans ne se limite pas à une reprise de pouvoir sur son identité, mais aussi sur ses moyens de production et d'interprétation. Pour cela, le propos s'appuie sur une critique de la complexification artificielle des sujets trans induite par les paradigmes cis.

Abords et objectifs

Dans cet article, l'adjectif trans est utilisé, sur la base de son emploi communautaire, pour désigner la population que la recherche qualifie de personnes transgenres ou de genre divers (Thorne et al., 2019). Ici, apposer les qualificatifs trans ou cis participe à l'effet voulu de rendre apparent les enjeux de pouvoirs sous-tendant les dénominations, et l'effet indésirable de proposer une lecture catégorielle binaire du contexte, qui

opposerait éléments cis et trans. Pourtant, cette lecture binaire reste dominante dans les discours scientifiques, où les personnes trans sont définies par leurs supposées caractéristiques propres, qui peuvent être positives – dysphoriques – ou négatives – incongruentes – vis-à-vis de normes sociales. Les personnes trans sont alors décrites et catégorisées par rapport à leur déviation à une norme construite sur le discours ontologique des personnes cis, phénomène qualifié de cis-normativisme (Baleige & Guernut, 2021).

Sur cette base, une approche fondée sur les savoirs situés proposerait une déconstruction des éléments cisnormatifs des savoirs et une reconstruction au prisme de la situation des personnes trans, supposées mieux situées pour produire du savoir à leur sujet. Cette approche bénéficierait d'une forte cohérence épistémique, puisqu'elle s'appuierait de fait sur les *standpoint théories* féministes (Pohlhaus, 2002) et participerait à un renouveau des approches scientifiques au prisme des questions de genre. Cependant, la simple observation des discours politiques contemporains met en évidence les limites des initiatives basées sur une approche des personnes trans centrée sur le genre (Collectif, 2022). Nous proposons ici de s'appuyer sur la subjugation des savoirs au sens foucauldien et nous visons à porter l'attention sur « l'utilité tactique » (Foucault, 1980) des savoirs plutôt que sur leur contenu. À défaut d'un mécanisme épistémique à la recherche d'une plus proche vérité, les savoirs seront considérés comme un mécanisme politique d'exercice du pouvoir.

Cet article présente une interprétation explicative critique des enjeux épistémiques trans dans la recherche contemporaine sur l'identité et le genre. Pour cela, il s'appuie sur la différenciation de Norman Fairclough entre *normative critique* – une critique immanente au regard de normes – et *explanatory critique* – une critique transcendantale au regard des enjeux de pouvoirs contextuels (Fairclough, 2015). La thèse de ce texte est que les questions trans appellent une critique transcendantale des cadres idéologiques scientifiques, au lieu des phénomènes de critiques immanentes que l'on peut observer.

CADRES ÉPISTÉMIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

Cadre épistémique

Les notions de savoirs situés (Haraway, 1988) ou subjugués (Foucault, 1980) ont été utilisées pour contextualiser la thèse proposée dans ce texte. Elles s'appuient sur une lecture d'apparence similaire des enjeux épistémiques — basée sur le point de vue de minorités opprimées — mais divergente par leur objet d'étude. L'étude de la subjugation des savoirs a pour objet l'étude du pouvoir et les minorités opprimées n'y sont pas

présentes comme objet, mais comme outil d'analyse (Bacchi & Goodwin, 2016). Cette lecture est cohérente avec l'intérêt scientifique récent des questions trans qui vise à la production d'une meilleure connaissance de l'être humain à travers l'étude de ses erreurs et anomalies. L'approche foucauldienne a notamment participé au développement d'approches transdisciplinaires d'étude du discours, qualifiées d'études critiques du discours (Van Dijk, 2009). Le discours y est conceptualisé comme étant un élément en interaction avec son contexte (Fairclough, 2015). Les analyses mettent l'emphasis sur l'étude du contexte et des relations qu'il entretient avec le discours comme révélatrice de mécanismes subjugués d'exercice du pouvoir. En cela, l'analyse porte sur l'ensemble des savoirs subjugués : érudits/dominants et disqualifiés/dominés (Foucault, 1980). Cette approche vise à produire une critique et une explication face à un phénomène social (Wodak, 2002).

La critique allie une dimension transcendantale dont l'objectif est d'analyser les éléments à leur niveau logique supérieur, à une possible dimension immanente des éléments aux deux niveaux (Fairclough, 2015). La critique transcendantale est qualifiée par Norman Fairclough d'*explanatory critique* puisqu'elle vise à rendre compte de l'organisation des éléments au regard d'une norme supérieure. À l'inverse, la critique immanente est qualifiée de *normative critique* puisqu'elle vise à rendre compte de l'organisation des éléments au regard d'une norme intrinsèque au contexte. En cela, elle met en évidence les contradictions ou incohérences existant au sein du cadre, par exemple en opposant un discours politique trans-affirmatif, qu'aurait pu tenir un gouvernement, à la pratique sociale d'un pays où les droits fondamentaux ne seraient pas protégés.

Dans la modélisation construite par Norman Fairclough, la distinction est faite entre l'interprétation d'un discours qui est issue de la pratique sociale du langage pour réagir au même niveau logique, et l'interprétation critique qui vise à comprendre au niveau logique supérieur. La critique participe à améliorer la qualité de la production scientifique en proposant une lecture politique des enjeux épistémiques, étant admis que « *in human matters, interconnections and chains of cause-and-effect may be distorted out of vision. Hence 'critique' is essentially making visible the interconnectedness of things* »² (Fairclough, 2013). Cependant, cette approche se heurte aux enjeux de pouvoir du monde de la recherche où la reproductibilité des résultats prend le précédent sur leur validité contextuelle (Widdowson, 1995). En

² Traduction des autrices : « Dans les questions humaines, les interconnexions et les chaînes de cause à effet peuvent être déformées hors de vue. La 'critique' consiste donc essentiellement à rendre visible l'interconnexion des choses. »

réponse à ces limites, de nouvelles méthodologies analytiques se construisent (Gabrielatos, 2023).

Participation et savoirs subjugués

La particularité de ce texte est qu'il s'inscrit dans une approche de production scientifique par une chercheuse directement concernée par le phénomène, Anna Baleige, dans la lignée des *survivor research* (Russo & Sweeney, 2016 ; Sweeney et al., 2009). En l'occurrence, il repose sur une interprétation explicative des conceptualisations de l'identité trans appuyée sur une expérience subjective du phénomène. Pour cela, il capitalise sur les conceptualisations inhérentes à l'expérience trans pour rendre compte de la lecture singulière qu'a pu développer la première autrice qui est à la fois chercheuse, psychiatre et sexologue transféminine. Il est à noter que cette lecture se situe dans une approche occidentale des savoirs, tant dans leur mobilisation que dans leur compréhension, limitant les capacités de contextualisation nécessaires à une critique transcendantale plus ouverte.

Les *survivor research* forment un ensemble épars de productions scientifiques qui partagent une approche participative consciente de la reproduction des enjeux de pouvoirs sociaux au sein de la recherche et de ses enjeux de pouvoir spécifiques (Rose, 2009, 2018). En réponse, elles proposent de situer les personnes survivant·es en position de pouvoir dans la production scientifique et s'intéressent autant aux contenus qu'aux différences des savoirs développés. En cela, l'opposition que nous avons posé en introduction entre une approche épistémique et politique des savoirs ne s'y retrouve pas de principe. Cette approche conserve les forces des approches participatives, notamment leur capacité à produire des modélisations et résultats à forte validité écologique, en s'appuyant sur les savoirs intuitifs que les personnes ont de leur situation (Rose, 2009). Dans une lecture foucaldienne, ces savoirs expérientiels (Borkman, 1976 ; Breton, 2017) – représentent des savoirs parfois disqualifiés sur lesquels s'appuie pourtant la recherche. Dans les *survivor research*, la visibilité des savoirs permet la visibilité, prise en compte, et étude des enjeux de pouvoir.

Les droits humains comme norme

Le terme de *survivor* renvoie directement à l'origine de cette approche développée par le mouvement des survivant·es de la psychiatrie, issu du développement historique de la psychiatrie et se définissant comme ayant survécu à l'expérience de la folie et au système psychiatrique, conceptualisés comme des systèmes d'oppression (Torrey, 2011). Ce

mouvement politique s'intègre dans la lignée des mouvements des droits humains et a pu être inclus comme partie du *disability rights movement*, notamment sur la base de l'expérience de la folie comme *psycho-social disability* au sens de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH), codéveloppé par des associations du mouvement des survivant·es de la psychiatrie et l'Organisation des Nations Unies (ONU) (World Network of Users and Survivors of Psychiatry, 2008). Cette origine commune renforce la validité des droits humains comme référentiel critique normatif.

Les droits humains sont un raccourci inclusif du mouvement pour les droits humains initié par l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme par l'ONU en 1948. Cette conceptualisation moderne des droits humains marque une rupture avec les instanciations précédentes. Elle est apparue en réponse à la Seconde Guerre mondiale et aux exterminations systématiques qui l'ont accompagnée. En cela, l'adoption du cadre des droits humains est cohérente avec la logique des *survivor research*, mais aussi avec l'expérience intime de l'identité trans, c'est-à-dire celle de faire partie d'une communauté qui a partagé le sort d'autres, d'avoir été trahie, torturée et exterminée jusqu'à la sensation d'être une étrangère face à son propre état.

La cohérence de l'intrusion de ces éléments juridiques comme normes épistémiques renforce l'approche foucaldienne politique posée en introduction. Ils permettent notamment de proposer une nouvelle définition des personnes trans hors de l'humanité, puisque ne jouissant pas des droits fondamentaux. Il en résulte que, dans une lecture des droits humains, la personne trans est systématiquement placée en position d'erreur systémique, que ce soit une anomalie développementale (O'Hanlan et al., 2018), ou conceptuelle à l'image du monstre décrit par Paul B. Preciado (Preciado, 2020).

L'IDENTITÉ TRANS CISNORMÉE

Les discours scientifiques participent à la production d'un discours dominant où la multiplicité des identités trans est unifiée. Dans quel contexte évolue l'identité trans ? Comment les discours usuels autour de l'identité trans seraient-ils la résultante de critiques normatives des discours précédents ? Dans la suite du propos, notre interprétation portera sur trois composantes clés : l'identité de genre — composante centrale des droits humains, l'expérience de genre — composante centrale de l'incongruence de genre, et l'identité administrative sur laquelle reposent les réformes politiques actuelles.

L'identité de genre comme ressenti

Les principes de Jogjakarta définissent « l'identité de genre » comme faisant référence à l'expérience intime et personnelle du sexe faite par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris une conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou divers) et d'autres expressions du sexe, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire » (International Commission of Jurists, 2007 : 8). En cela, l'identité de genre réfère à une vérité supérieure qui réside en l'individu et est révélée par l'expérience. La notion d'expérience est utilisée pour rendre compte du décalage qu'il peut y avoir entre la prise de conscience de l'erreur d'assignation (estimée vers l'âge de 9 ans en France (Askevis-Leherpeux et al., 2019), 5-6 au Mexique (Robles et al., 2016)) et l'acte délibéré discursif de s'identifier ou pas à un genre. On retrouve cette notion dans les écrits de Julia Serano où elle développe la notion de sexe inconscient pour rendre compte de l'identité de genre dans cette période (Serano, 2009).

Historiquement, l'identité de genre tire son origine au milieu du XX^e siècle dans le champ de la psychologie et de l'étude des personnes trans pour rendre compte de la distinction qu'il pouvait y avoir entre le sexe biologique et les rôles et expressions de genre adoptés par les personnes (Baleige & Guernut, 2021). Epistémiquement, cette notion a permis de distinguer nosographiquement les personnes homosexuelles des personnes trans, jusqu'alors confondues dans les classifications précédentes (Baleige & Guernut, 2021). Les deux identités étaient alors considérées comme psychopathologiques et l'introduction du concept d'identité de genre a permis la distinction entre ce qui était considéré comme un trouble lié à l'objet ou au sujet. Cette conception psychopathologique persiste dans les cadres normatifs contemporains, notamment parce qu'elle appuie l'hétéronormativisme des cadres dans lesquels évoluent les personnes trans (Chrysalide, 2019), sur la base de la faible probabilité de deux comorbidités psychiatriques issues du même chapitre (être trans ET homosexuel·le). L'identité de genre a emmené avec elle une partie des éléments précédemment attribués au sexe biologique, au sein d'une nouvelle conceptualisation psychologique. Il est argumenté que la caractéristique psychologique est utilisée dans les nosographies médicales comme substitut du biologique (Baleige & Guernut, 2021). Néanmoins, cet abord biologique a ouvert la voie à un ensemble d'études de genre qui ont définitivement ancré la notion dans une définition sociale, bouleversant de fait l'épistémologie biologique médicale (Baleige &

Guernut, 2021). Les principes de Jogjakarta ancrent ce concept dans une réalité juridique, mais aussi dans une réalité politique puisqu'ils font référence à « l'expérience intime et personnelle » (International Commission of Jurists, 2007 : 8). En cela, ils décrivent déjà les contours d'une spécificité de la construction identitaire trans : celle d'avoir à développer un discours perçu comme légitime qui rend compte de son expérience intime et personnelle du genre. Ce discours s'articule entre deux temps centraux : l'assignation et la transition.

La protocolisation de l'identité de genre

L'assignation est un processus d'exercice du pouvoir étatique — *state power* au sens de Fairclough (Fairclough, 2015) — par lequel un sexe administratif est assigné à la naissance. L'assignation repose exclusivement sur un examen physiologique génital normatif binaire. Elle est également le lieu d'exercice du pouvoir biopolitique sur les corps des individus (Foucault, 1976) et peut à elle seule justifier, aujourd'hui en France, ce que les personnes survivantes qualifient largement de mutilation génitale (Sénat, 2019). La loi impose un délai maximal de cinq jours à compter de la naissance pour assigner un sexe administratif à l'enfant (Art. 55 du Code civil). Ce délai peut être augmenté à huit jours en cas d'éloignement géographique de l'officier d'état civil, et jusqu'à trois mois sur autorisation du procureur de la République « en cas d'impossibilité médicalement constatée de déterminer le sexe de l'enfant au jour de l'établissement de l'acte » (Art. 57 du Code civil). Le contrôle et l'autorité de l'ensemble du processus d'assignation sont assurés par le corps médical.

La transition est un processus d'exercice du pouvoir étatique par lequel l'identité administrative de la personne est modifiée. Historiquement, le concept de transition a pris son sens dans les discours trans pour qualifier un possible moment de vie « *wherein a trans person socially and/or physically moves from one way of being gendered in the world to another*³ » (Serano, 2016). De manière similaire à de nombreux concepts linguistiques issus des populations dominées – tel que celui de rétablissement en santé mentale (Degerman, 2020) – le concept de transition a été aujourd'hui intégré dans le discours dominant, transformant son emploi et sa signification en contexte (Turban et al., 2021).

Les critiques trans principales mettent en avant que le concept de transition a tendance à être utilisé par les personnes cis pour définir un point obligé et central du parcours trans au lieu d'une expérience possible

³ Traduction des autrices : « au cours de laquelle une personne trans passe socialement et/ou physiquement d'une manière d'être genrée à une autre. »

(Serano, 2016);. En captivant l'attention des personnes cis, il détourne l'attention des vrais enjeux auxquels nous faisons face (Serano, 2016); et qu'il participe à décrédibiliser les personnes trans qui n'auraient pas atteint l'objectif ultime que représenterait une identité de genre d'homme ou de femme (Turban et al., 2021). Le récent rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales met en avant qu'« il n'existe pas de 'parcours type' de transition » et propose d'en qualifier certains aspects de « transition sociale », « transition administrative » et « transition médicale », en conservant l'usage des guillemets pour mettre l'emphasis sur le caractère abstrait de ces éléments (Picard & Jutant, 2022). Il s'agit d'une lecture classique de modalités possibles d'une transition dans le contexte actuel. Pour autant, sur la base de ces travaux, la Haute Autorité de Santé (HAS) considère ce découpage réel et exhaustif, et propose des protocoles en réponse (Haute Autorité de Santé, 2022). La transition a maintenant un but défini et la HAS s'empare même du sujet de son possible échec en introduisant dans le discours de santé les concepts de « détransition » et « retransition » (Haute Autorité de Santé, 2022). Ainsi, la HAS a décrété que les personnes trans peuvent échouer à leurs propres expériences de vie sur la base de critères qui leur sont étrangers.

La critique normative des concepts d'identité, d'assignation et de transition de genre met rapidement en évidence leur incohérence pratique avec les droits humains. L'identité de genre passe d'une conception basée sur l'expérience intime et individuelle à une instanciation de défis administratifs et médicaux. Cette analyse permet de mettre en évidence les conditions de production du discours sur l'identité de genre : ce discours sert à assurer une compatibilité des savoirs et processus existants avec les évolutions politiques. D'un point de vue systémique, l'identité de genre représente l'investissement épistémique minimum nécessaire à l'homéostasie sociale, particulièrement juridique et scientifique.

La onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été le terrain de transformations épistémiques sous-tendant des enjeux nosographiques (Baleige & Guernut, 2021). L'enjeu politique affiché était d'appuyer la dépsychopathologisation nosographique des personnes trans par des études de terrain internationales. Bien qu'il ait été mis en évidence que les résultats et analyses comporteraient des biais discriminatoires (Baleige et al., 2022), ces études ont permis d'appuyer une définition négative des personnes trans construite sur la notion d'incongruence (Robles et al., 2022). Ainsi, cette identité est restée pathologisée, mais est passée d'une identité positive caractérisant un « trouble mental ou du comportement » – qui comporte des aspects spécifiques, ici dysphoriques – à une identité

négligence caractérisant une « affection sexuelle » - dans le chapitre des « dysfonctions sexuelles ». La pathologisation de l'identité trans est pourtant aujourd'hui considérée en recherche comme une forme de discrimination (Nadal et al., 2016), étudiée à l'intérieur même du cadre conceptuel du stress minoritaire utilisé par l'OMS pour construire la notion d'incongruence de genre (Askevis-Leherpeux et al., 2019).

L'identité de genre comme pratique discursive

Les différents éléments qui émanent de cette interprétation critique normative mettent en évidence les incohérences simples des modèles scientifiques actuels, utilisés pour comprendre l'identité humaine. Bien que provenant de domaines épars, ils partagent le point commun de structurer le discours sur l'identité trans. En cela, ils sont mobilisables dans une critique explicative pour argumenter qu'ils participent à modeler le contexte dans lequel les discours trans sont construits et interprétés, notamment les discours ontologiques. L'identité de genre porte en elle la confrontation entre un absolu systémique (administratif) et un ressenti individuel. Cette confrontation est apparente puisque l'identité et l'expérience de genre sont construites sur la base de ressentis perçus entre deux décisions administratives autoritaires. Ce contexte amène à ce que les personnes trans s'identifient par la production d'un discours de malade, devant à la fois être perçu comme légitime et basé sur des ressentis individuels et invérifiables par d'autres.

Les études récentes sur l'injustice épistémique (Fricker, 2007), notamment celles développées spécifiquement avec les communautés trans (Fricker & Jenkins, 2017), mettent en évidence les obstacles auxquels font face les personnes étiquetées malades ou trans pour faire entendre leur parole. Ces difficultés permettent également d'aborder un aspect central de l'identité trans : celui de l'intersectionnalité. L'expérience trans permet en effet de mettre en évidence qu'on ne peut pas aborder les questions trans en dehors d'un cadre épistémique qui permette de rendre compte au maximum de la diversité intrinsèque de l'humanité décrite dans les droits humains. Autrement dit, la question de l'injustice épistémique des personnes trans ne peut pas être comprise sans également prendre en compte la misogynie auxquelles vont être exposées les personnes estimées *femme* par d'autres personnes – en totale indépendance avec l'identité de genre de la personne.

Expression et visibilité de l'identité trans

L'expression de genre est un concept consacré pour référer aux comportements, manières, intérêts et styles vestimentaires d'une personne

(Serano, 2016). L'emploi contemporain de ce concept est largement construit sur les travaux de Judith Butler et met l'accent sur la performance de genre (Butler, 1990). Comme l'identité de genre, il prétend décrire une expérience universelle, mais n'est pas imposé avec la même rigueur sur l'ensemble de la société. Il partage également un caractère conceptuel flou puisqu'il est impossible de définir clairement quelque chose comme étant intrinsèquement féminin ou masculin. En pratique, l'expression de genre de référence masculine est celle de l'hommes cis et la féminine celle de la femmes cis, références qui varient elles-mêmes fortement suivant le contexte discursif. Il en résulte que la personne cis est placée dans une position de domination où n'importe lequel de ses comportements est légitime, alors que la personne trans devrait en permanence assurer un niveau acceptable de performance au regard des attentes spécifiques du public auquel iel fait face, avec la seule assurance, en cas d'échec, de pouvoir s'exprimer sur ses ressentis. On comprend comment cette situation participe à ce que Paul B. Preciado qualifie de « cirque du régime binaire hétéro-patriarcal » (Preciado, 2020 : 27). Si les concepts des droits humains permettent de définir les personnes trans comme des monstres, leurs praxis les ancrent définitivement du côté de la bête de cirque.

L'omniprésence de la performance est incarnée par celle du *cispassing*. Le concept de *passing*, issu de celui de *racial passing* (Aje, 2016), est utilisé pour qualifier les privilèges auxquels peut avoir accès une personne d'un groupe dominé quand elle n'est pas reconnue comme telle. Contrairement à ce qu'une morphologie basée sur un verbe d'action pourrait laisser entendre, le *cispassing* n'est pas un processus actif de la personne trans qui se camouflerait, mais un processus passif de la personne cis (Serano, 2009). Plus qu'en tant qu'homme ou que femme, le *cispassing* se concentre à identifier le caractère *cis* ou *trans* d'une personne (Serano, 2009, 2016). Il s'agit d'une évaluation de la congruence, c'est-à-dire « une correspondance exacte entre l'expérience et la prise de conscience » (Rogers, 1998 : 223). Ce mécanisme est largement partagé, sa prise en compte chez les autres est rapidement nécessaire à la survie, et son désapprentissage une étape nécessaire à l'établissement de relations positives avec soi-même et son entourage. Julia Serano développe le concept de privilèges cis conditionnels pour décrire les potentiels bénéfices d'un *cispassing* réussi (Serano, 2009). Quelle que soit son instanciation, ce concept est associé à un coût pour la personne trans qui doit faire des concessions à l'aveugle pour inclure les normes contextuelles à son discours et son expression de genre (Serano, 2013).

Ces éléments représentent une partie du concept de *stealth*, défini comme la possibilité pour une personne trans de vivre sans divulguer

publiquement son statut (Serano, 2016) et faisant jouer ainsi son « droit à l'opacité » (Glissant, 1996). Contrairement aux stéréotypes discriminatoires, la visibilité des personnes trans est un enjeu de survie et un fort prédictif de la violence subie (Turban et al., 2022). Cela impose une vigilance permanente de la personne trans pour interpréter les éléments de contexte et naviguer le double lien qu'il entretient avec le groupe dominant : devoir s'identifier pour faire valoir ses droits, et s'invisibiliser pour éviter les violences. On retrouve un parallèle entre cette notion centrale de visibilité et celle du lien entre pouvoir et subjugation des savoirs développée par Michel Foucault (Foucault, 1980). Si elle peut paraître abstraite à une personne du groupe dominant, la centralité de la notion de visibilité devient apparente dans l'évolution des procédures judiciaires et administratives qui entourent les personnes trans.

Contexte juridique des modifications d'identité administrative

Les premières modifications du sexe administratif pour les personnes trans ont été rendues possibles en 1992, à la suite d'une condamnation de la France par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, les juges estimant que la France plaçait les personnes trans « dans une situation globale incompatible avec le respect dû à la vie privée » (Loiry & Deshoulières, 2021 : 18). La jurisprudence a alors autorisé les modifications, sous réserve de prouver « la réalité du syndrome transsexuel » et « le caractère irréversible de la transformation de l'apparence » (Loiry & Deshoulières, 2021 : 18). Outre l'humiliation et la psychopathologisation imposées, cette procédure entraînait systématiquement la stérilisation de la personne trans et la rupture d'un éventuel mariage. Aussi, elle plaçait officiellement l'existence de la personne trans sous la double autorité judiciaire et médicale. Alors que cet élément était totalement absent du débat public, la loi du 17 mai 2013 a retiré l'impact de la modification du sexe administratif sur le statut marital.

Une nouvelle condamnation de la France par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (Loiry & Deshoulières, 2021) a amené l'introduction, dans la loi du 18 novembre 2016 — de modernisation de la justice du XXI^e siècle — l'introduction d'une procédure spécifique permettant la modification de l'état civil pour les personnes trans. En pratique, la transition devient un motif légitime de modification du prénom, libre et gratuit en mairie, alors que la modification du sexe administratif est conditionnée à l'appréciation du juge, sans pour autant nécessiter d'intervention médicale. La mise en application de cette loi en 2017 a donc mis fin à la stérilisation forcée des personnes trans en France.

L'évaluation par un tiers de l'identité de genre ou le non-respect volontaire de l'identité de genre de la personne restent deux mécaniques contradictoires avec les définitions précédentes issues des droits humains. Analytiquement, on remarque que sous couvert de simplification, une procédure unique et lourde a été subdivisée en deux procédures successives : le changement de prénom qui est facile d'accès, et le changement d'état civil qui reste conditionné à une évaluation extérieure qui se concrétise en pratique par de l'aléa et des discriminations (Défenseur des Droits, 2020). Si cette modification du contexte discursif participe à des enjeux de pouvoir, c'est principalement dans la mise en scène d'une opposition entre psychiatrie et justice, discours établi depuis le début du XIXe siècle et qui sert principalement à invisibiliser le rôle coordonné de ces systèmes dans la régulation sociale (Baleige, 2019). La personne trans reste dominée et ses droits fondamentaux non respectés. Cependant, il est maintenant attendu d'iel qu'iel s'engage rapidement dans la procédure de changement de prénom qui devient la pierre angulaire de la légitimité du discours ontologique.

En pratique, la loi de 2013 a révélé la nécessité de penser les personnes trans dans l'ensemble des textes législatifs, dans un contexte de gain rapide de visibilité médiatique internationale. La loi de 2016 a facilité l'identification administrative des personnes trans, sans autre modification des rapports de force. Alors qu'aucune loi ne les prenait en compte jusqu'alors, la visibilité accrue et l'identification facilitée ont participé à inscrire les personnes trans dans une transformation de l'usage discriminatoire du droit : passer d'une discrimination par les droits à une discrimination par le langage du droit (Mascarenhas, 2022). Cet aspect n'est pas spécifique aux personnes trans et s'inscrit dans une réflexion globale sur la performativité de l'inclusivité du langage du droit (Mascarenhas, 2020). Il est maintenant établi que l'absence d'inclusivité participe à des discriminations systémiques (Lessard & Zaccour, 2019), amenant certaines normes à s'emparer de l'écriture inclusive comme outil de réponse (Moron-Puech et al., 2021). Ainsi, la loi du 2 août 2021 – relative à la bioéthique – conditionne la possibilité d'accès à la procréation médicalement assistée sur le sexe administratif et non biologique et une mécanique similaire est actuellement à l'œuvre dans les débats sur l'inscription constitutionnelle de l'avortement (Lecourbe, 2022).

Dans la loi du 31 janvier 2022 – interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne, les débats au Sénat visaient initialement à retirer l'identité de genre de la portée du texte (Terrien, 2021), qui a été conservée avec ce complément : « l'infraction prévue au premier alinéa n'est pas constituée lorsque le

professionnel de santé invite seulement à la réflexion et à la prudence, eu égard notamment à son jeune âge, la personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage un parcours médical tendant au changement de sexe » (Art. L4163-11 du Code de la santé publique). On notera l'ironie d'utiliser un lexique basé sur le ressenti pour décrédibiliser un discours lui-même forcé à être construit sur le ressenti, de même que légitimer la prudence vis-à-vis des questions trans dans une loi de lutte contre les discriminations. La prudence et la réflexion sont des lieux communs de la déontologie médicale réglementaire, qui ne sont mentionnés à aucun autre endroit du Code de la santé publique, et notamment absents du chapitre portant sur la stérilisation à visée contraceptive. En pratique, cette autorisation à la prudence et à la réflexion est une autorisation de la lenteur alors que les systèmes de santé sont déjà décrits par la HAS (Haute Autorité de Santé, 2022) comme lents et saturés. On retrouve ici un phénomène déjà décrit dans les études critiques du discours de complexification artificielle des mécanismes d'oppression (Van Dijk, 2009). L'objectif de cette formulation est de la rendre indéchiffrable par une personne qui n'aurait pas accès aux savoirs nécessaires à son interprétation en contexte.

Enfin, concernant la possibilité d'ouvrir le sexe administratif au-delà de catégories binaires, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a récemment privilégié l'autonomie administrative de la France au respect des droits fondamentaux des personnes intersexes, tout en formulant des recommandations inclusives (Mesnil, 2023). Il conviendra de suivre avec des attentes mesurées ce que la France fera de ces recommandations. Enfin, il est utile de préciser qu'il n'existe toujours aucune procédure administrative pour qu'une personne trans ayant modifié son sexe administratif puisse reconnaître l'enfant qu'il aurait participé à concevoir. Ainsi, si la modification du sexe administratif n'entraîne plus la stérilisation forcée, il exige de la personne trans de renoncer à une partie de l'exercice de ses droits, notamment concernant les sphères parentales et matrimoniales.

Complexité épistémique et pouvoir

Ces éléments législatifs et contextuels permettent de rendre compte du contexte dans lequel les personnes trans construisent et interprètent leurs discours ontologiques. Il est caractérisé par sa complexité – à l'interaction entre différentes normes discursives – et son imprécision conceptuelle. Que ce soit dans les contextes discursifs ou administratifs, la personne trans est systématiquement dans une position de soumission vis-à-vis des personnes cis. Face à ces éléments, on s'attendrait à étudier la résilience

développée par les personnes et communautés trans. Pourtant, ce qui caractérise l'identité trans est probablement davantage du côté de l'antifragilité (Taleb, 2012) que de la résilience (Medico, 2021), c'est-à-dire une sensibilité positive aux facteurs de stress. Cette incompréhension fondamentale repose sur l'erreur cis de définition initiale : les personnes et communautés trans ne sont pas des erreurs du système. Les communautés trans ont développé des cultures, des arts, des savoirs ... qui les rendent largement indépendantes des contextes normatifs. Autrement dit, si les personnes trans sont des erreurs du système, une compréhension absolue de l'être humain mettrait fin aux erreurs et donc à l'existence des personnes trans, donnant un caractère mortifère à la participation scientifique, et plus largement sociale. Construire une identité trans positive passe donc non seulement par le développement d'une identité pour soi, mais aussi par la résolution des contradictions et conflits épistémiques du système dominant.

Ainsi, chaque personne trans porte en iel une réponse à la complexité et l'imprécision épistémiques qui motivent l'écriture de cet article. La question ne serait donc pas de développer de nouveaux savoirs, mais d'agir sur les mécanismes de pouvoir qui disqualifient ces savoirs communautaires existants. L'étude du contexte permet donc de proposer une nouvelle définition anti-fragile de l'identité trans : celle d'une identité construite au sein d'une lutte inscrite dans une construction d'une identité pour l'autre, basée sur la simplification et la clarté. Ainsi, contextuellement, le discours trans est ontologique et esthétique, mais il est aussi simple et clair.

Conclusion

Cet article s'inscrit dans une approche scientifique qui s'appuie notamment sur les conceptualisations du langage comme pratique humaine discursive, du discours comme produit de son contexte, de la science comme discours scientifique et de la science comme outil de pouvoir politique. Sur le plan épistémique, il vise à contribuer à l'établissement de sciences extraordinaires en participant à la construction d'une nouvelle lecture simple de la nature qui amènera de nouvelles sciences normales. En ce sens, il représente un objet bâtard qui questionne le rapport que nous entretenons avec la légitimité scientifique : cette lecture est-elle pertinente ? Si oui/non, est-ce parce qu'elle provient de l'expérience d'une personne dominée ? Est-ce parce qu'elle sonne bien/mal ? Nécessite-t-elle d'être confirmée davantage ? Jusqu'à quel degré de certitude ?...

En cela, cet article rend apparente la dimension politique de participer à un renouveau épistémique dans un contexte de fin de paradigme (Preciado, 2020), en retournant l'objet d'étude vers ce qui fait exception dans l'ordre naturel des choses : le système de domination que nous participons à entretenir. Si l'étude des personnes trans peut contribuer significativement à notre compréhension du monde, c'est probablement à travers celle des effets performatifs sur le groupe dominant de nos mécanismes d'oppression. Autrement dit, questionner les rapports qu'entretiennent l'assignation de genre et l'exercice du biopouvoir ; intégrer l'identité *idem* et l'identité *alter* comme des lieux d'affrontement dans un rapport de forces entre l'individu et lui-même, mais aussi entre l'individu et le groupe ; décoloniser notre perception de l'évidence naturelle ; et, *in fine*, ne pas reproduire dans les sciences les mécanismes de domination sociale. En intégrant les cadres sociaux dominants comme naturels, la recherche participe à la légitimation des violences systémiques. Aussi, est-il encore acceptable de s'autoriser à écrire l'histoire des personnes à leur place ?

Ce texte est l'expression d'une rencontre et d'un dialogue entre deux chercheuses, dont l'une vit l'expérience de vie au carrefour des identités transféminines, de psychiatre et de chercheuse. Cette expérience de l'autrice principale amène à penser que cette étape de critique transcendantale est un prérequis nécessaire à l'accès aux éléments subjugués qui constituent la réalité positive de l'identité trans. Forte de la singularité de son histoire, elle souhaiterait terminer cette contribution en citant Juliette Defever qui l'a aidée à faire exister sa voix : « je préviens souvent mes étudiant·es : travailler avec des personnes trans vous force à vous interroger sur votre genre » (Pillas, 2022).

Références bibliographiques

- Aje, L. (2016). Allyson Hobbs, A Chosen Exile: A History of Racial Passing in American Life. *Transatlantica*, 2. <https://doi.org/10.4000/transatlantica.8417>
- Askevis-Leherpeux, F., de la Chenelière, M., Baleige, A., Chouchane, S., Martin, M.-J., Robles-García, R., Fresán, A., Quach, A., Stona, A.-C., Reed, G., & Roelandt, J.-L. (2019). Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *European Psychiatry*, 59, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005>
- Association des Journalistes LGBTI. (2023, February). *Étude : Transidentités dans les médias*. <https://transidentites.ajlgbt.info/etude/>
- Bacchi, C., & Goodwin, S. (2016). *Poststructural policy analysis: a guide to application*. Palgrave Macmillan.
- Baleige, A. (2019). *L'enfermement psychiatrique, entre liberté, santé, et dangerosité - Analyse critique de son articulation à la totalité du système social français — Version originale*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15520.61448/1>
- Baleige, A., & Guernut, M. (2021). Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies. *Implications philosophiques*.
- Baleige, A., Guernut, M., & Denis, F. (2022). Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 11983.

- Breton, H. (2017). Interroger les savoirs expérientiels *via* la recherche biographique. *Le sujet dans la cité*, N6, 23-39.
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 3(50), 445–456.
- Bunge, M. (1963). A General Black Box Theory. *Philosophy of Science*, 4(February 1963), 346–358.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*.
- Cabral Grinspan, M., Carpenter, M., & Ehrst, J. (2017). *The Yogyakarta Principles plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta p*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Castro-Peraza, M. E., García-Acosta, J. M., Delgado, N., Perdomo-Hernández, A. M., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R., & Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Gender Identity: The Human Right of Depathologization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 978. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060978>
- Chrysalide. (2019). *L'accueil médical des personnes trans - Guide pratique à l'usage des professionnel.le.s de santé*, 2ème édition.
- Collectif. (2022, August 22). *Tribune : Pour une alliance féministe et trans*. <https://alliancetransfeministe.wordpress.com/>
- Crapanzano, A., & Mixon, L. (2022). The state of affirmative mental health care for Transgender and Gender Non-Confirming people: an analysis of current research, debates, and standards of care. *Rivista Di Psichiatria*, 57, 44–54. <https://doi.org/10.1708/3749.37327>
- Dale, L. K. (2021). Gender euphoria : stories of joy from trans, non-binary and intersex writers. In *Contemporary Drag Practices and Performers*. Unbound. <https://doi.org/10.5040/9781350082977.ch-010>
- Davy, Z., Sorlie, A., & Schwend, A. S. (2018). Democratizing diagnoses? The role of the depathologisation perspective in constructing corporeal trans citizenship. *Critical Social Policy*, 38(1), 13–34. <https://doi.org/10.1177/0261018317731716>
- Défenseur des Droits. (2020, June 26). *10 recommandations pour faire valoir les droits des personnes transgenres*. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/2020/06/10-recommandations-pour-faire-valoir-les-droits-des-personnes-transgenres>
- Degerman, D. (2020). Maladjusted to injustice? Political agency, medicalization, and the user/survivor movement. *Citizenship Studies*, 00(00), 1–20. <https://doi.org/10.1080/13621025.2020.1745151>
- Delatolla, A. (2020). Sexuality as a standard of civilization: Historicizing (homo)colonial intersections of race, gender, and class. *International Studies Quarterly*, 64(1), 148–158. <https://doi.org/10.1093/isq/sqz095>
- DuBrul, S. A. (2014). The Icarus Project: A Counter Narrative for Psychic Diversity. *Journal of Medical Humanities*, 35(3), 257–271. <https://doi.org/10.1007/s10912-014-9293-5>
- Fairclough, N. (2013). *Critical Discourse Analysis*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315834368>
- Fairclough, N. (2015). *Language and power* (3rd ed.). Routledge.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, Michel. (1980). Two lectures. In Michel Foucault & C. Gordon (Eds.), *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977* (1st Americ, pp. 78–108). Pantheon Books.
- Fricker, M. (2007). Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. In *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing* (Clarendon).
- Fricker, M., & Jenkins, K. (2017). Epistemic Injustice, Ignorance, and Trans Experiences. In Garry; Khader; & Stone (Ed.), *Routledge Companion to Feminist Philosophy*.
- Gabrielatos, C. (2023, February 10). The discourse presentation of autism in the UK press: A case of critical corpus lexicography. *Workshop on Corpus Linguistic Applications*.
- Glissant, E. (1996). *Introduction à une poétique du divers*. Paris : Gallimard.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Haute Autorité de Santé. (2009). *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf

Haute Autorité de Santé. (2022). *Parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/reco454_cadrage_trans_mel.pdf

Heylighen, F., & Joslyn, C. (2001). *Cybernetics and Second-Order Cybernetics*. <https://doi.org/10.1016/B0-12-227410-5/00161-7>

International Commission of Jurists. (2007). *Yogyakarta principles: the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. <https://yogyakartaprinciples.org/>

Kuhn, T. (2015). *The Structure of Scientific Revolutions* (4. ed., 6.).

Lecourbe, M. (2022, November 11). *Les hommes trans exclus de la constitutionnalisation de l'IVG par la macronie*. <https://www.revolutionpermanente.fr/Les-hommes-trans-exclus-de-la-constitutionnalisation-de-l-IVG-par-la-macronie>

Lessard, M., & Zaccour, S. (2019). Quel genre de droit ? Autopsie du sexisme dans la langue juridique. *Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke*, 47(2–3), 227.

Liiceanu, G. (1998). *De la limite. Petit traité à l'usage des orgueilleux*. Paris : Michalon.

Loiry, M.-M., & Deshoulières, E. (2021). *Droits et libertés des personnes transgenres : Guide pratique et modèles d'actes*. <https://www.stophomophobie.com/le-changement-de-sexe-pour-les-personnes-transgenres-en-droit->

Lombroso, C. (1887). *L'homme criminel*.

Mascarenhas, E. (2020). *Quelle langue inclusive pour le droit ? Etude comparative des intérêts et enjeux de l'utilisation en droit de quatre formes linguistiques d'inclusivité : les termes épiciques, la parité linguistique, le point médian, le système al*. Université d'Angers.

Mascarenhas, E. (2022). Les mots féminins en droit français : de l'inclusion à l'exclusion ? *Le Genre : Repenser La Langue et Le Droit*. <https://genre-droit2022.sciencesconf.org/resource/page/id/2>

Medico, D. (2021). Développer la résilience chez les jeunes trans et non binaires : un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 8(1). <https://doi.org/10.7202/1082073ar>

Mesnil, M. (2023, February 16). Pas de mention « sexe neutre », ni « intersexe » en droit français : un mal pour un bien ? *Dalloz Actualités*.

Moron-Puech, B., Saris, A., & Bouvattier, L. (2021). La normalisation étatique de l'inclusivité du langage. *Cahiers Du Genre*, 69(2), 151–176. <https://doi.org/10.3917/cdge.069.0151>

Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *The Journal of Sex Research*, 53(4–5), 488–508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>

O'Hanlan, K. A., Gordon, J. C., & Sullivan, M. W. (2018). Biological origins of sexual orientation and gender identity: Impact on health. *Gynecologic Oncology*, 149(1), 33–42. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.11.014>

Picard, H., & Jutant, S. (2022). *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf

Pillas, M. (2022). Trouver sa voix. *La Déferlante*.

Pohlhaus, G. (2002). Knowing communities: An investigation of Harding's standpoint epistemology. *Social Epistemology*, 16(3), 283–293. <https://doi.org/10.1080/0269172022000025633>

Preciado, P. B. (2020). *Je suis un monstre qui vous parle* (Grasset).

Rashed, A. M. (2019). *Madness and the demand for recognition: a philosophical inquiry into identity and mental health activism*. OXFORD UNIV Press.

Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205–221.

Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850–859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)

- Robles, R., Keeley, J. W., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Sharan, P., Purnima, S., Rao, R., Rodrigues-Lobato, M. I., Soll, B., Askevis-Leherpeux, F., Roelandt, J.-L., Campbell, M., Grobler, G., Stein, D. J., Khoury, B., Khoury, J. El, Fresán, A., Medina-Mora, M.-E., & Reed, G. M. (2022). Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), 100281.
- Rogers, C. (1998). *Le développement de la personne*. Paris, Dunod.
- Rose, D. (2009). Survivor-produced knowledge. In A. Sweeney, P. Beresford, A. Faulkner, M. Nettle, & D. Rose (Eds.), *This is survivor research* (pp. 38–43). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rose, D. (2018). Participatory research: real or imagined. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(8), 765–771. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1549-3>
- Russo, J., & Sweeney, A. (2016). *Searching for a rose garden: challenging psychiatry, fostering mad studies*. PCCS Books.
- Sénat. (2019). Question écrite n° 10164 de Mme Laurence Cohen (Val-de-Marne - CRCE). In *Journal Officiel du Sénat*. Sénat.
- Serano, J. (2009). *Whipping girl: a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Seal Press.
- Serano, J. (2013). *Excluded: making feminist and queer movements more inclusive*. Seal Press.
- Serano, J. (2016). *Julia's trans, gender, sexuality, & activism glossary!*
<https://www.juliaserano.com/terminology.html>
- Sweeney, A., Beresford, P., Faulkner, A., Nettle, M., & Rose, D. (2009). *This is survivor research*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Taleb, N. N. (2012). *Antifragile: things that gain from disorder* (1st ed.). Random House.
- Terrien, A. (2021). “Thérapies de conversion”: le Sénat ne cède pas aux sirènes d’une prétendue idéologie du genre. *Causette*. <https://www.causette.fr/societe/en-france/therapies-de-conversion-le-senat-ne-cede-pas-aux-sirenes-dune-pretendue-ideologie-du-genre>
- The Time*. (2014).
- Thorne, N., Yip, A. K. T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 138–154.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>
- Torrey, E. F. (2011). Patients, clients, consumers, survivors et al: What’s in a name? *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 466–468. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq102>
- Turban, J. L., Dolotina, B., King, D., & Keuroghlian, A. S. (2022). Sex Assigned at Birth Ratio Among Transgender and Gender Diverse Adolescents in the United States. *Pediatrics*, 150(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-056567>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- van Dijk, T. A. (2009). Critical Discourse Studies: A Sociocognitive Approach. In R. Wodak & M. Meyer (Eds.), *Methods of Critical Discourse Analysis* (2nd ed., pp. 62–86). SAGE.
- Walicki, M. (2011). *Introduction to Logic*.
- Widdowson, H. G. (1995). Discourse analysis: a critical view. *Language and Literature: International Journal of Stylistics*, 4(3), 157–172.
<https://doi.org/10.1177/09639470950040030>
- Wiener, N. (1961). *Cybernetics: Or the Control and Communication in the Animal and the Machine*.
- Wodak, R. (2002). Aspects of Critical Discourse Analysis. *Zeitschrift Für Angewandte Linguistik*, 36, 5–31.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, version 04/2019*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Network of Users and Survivors of Psychiatry. (2008). *Implementation manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
- Zemmour, E. (2021, December 16). *Face à Baba*. C8.
https://www.youtube.com/watch?v=E4SPIBmW4vY&ab_channel=%C3%89ricZemmour

4.4. Usage politique de l'ignorance

À la suite de ce travail de recherche, il est étonnant de voir la controverse et l'incertitude être un argument persistant des discours au sujet de la santé des personnes TGD, notamment ceux produits au niveau de la gouvernance politique et du système de santé. L'incertitude et la controverse étaient déjà mis en avant dans le rapport de 2009 de la HAS [110] et apparaît comme la partie du discours la plus conservée entre les deux travaux de santé des personnes TGD de l'institution [110,148], dans une dimension telle qu'il est vraisemblable d'argumenter qu'elles sont structurellement construites et constitutives du cadre (Article d'introduction 4 [a04] [182]).

Pour autant, ce travail questionne la participation de la production scientifique à ce discours. La majorité des recherches pour la santé des personnes TGD n'est pas appuyée sur leurs besoins de santé [77,78]. Une part non négligeable des productions scientifiques s'appuie sur des conceptualisations diagnostics invalidées au préalable, telles que la dysphorie de genre. Le concept nosographique de dysphorie de genre s'inscrit lui-même dans une dynamique politique d'appropriation des discours scientifiques [219] et a permis celui de *rapid onset gender dysphoria* qui a conduit à plusieurs publications scientifiques – majoritairement retiré a posteriori de leur publication pour des raisons éthiques [58]. Ce concept s'appuie sur l'idée d'une contamination sociale pour expliquer la levée d'invisibilisation des personnes TGD, alors que cette invisibilisation était structurelle. Par exemple, en France, la possibilité de reconnaissance légale de la transitude n'était pas possible avant 1992 et n'est inscrite dans le droit positif effectif depuis 2017 [109]. Par ailleurs, des études ont été publiées pour invalider l'idée d'une contamination sociale [220].

Finalement, une part importante et croissante de la recherche scientifique est dédiée à la production de controverses et d'incertitudes sur la santé des personnes TGD, à défaut de connaissances. La dépsychopathologisation de la transitude aurait pu être une occasion d'améliorer l'intégration des droits humains dans les cadres et méthodologies de recherche [115]. Cependant, cela aurait mis en péril la finalité décidée au préalable de maintien d'une pathologisation (Article d'introduction 1 [a01] [112]). Au regard de l'évolution des connaissances, ces productions scientifiques apparaissent comme du bruit et participent également indirectement à servir un argumentaire d'incertitude et de controverse.

Les analyses des Articles de résultats 3 et 4 [a07 & a08] [181,182] sont basées sur des données de recherche collectées de manière participative, mais inexploitées. Certes, cette attitude interroge l'éthique de la recherche en santé, mais elle questionne également la finalité des

productions scientifiques qui apparaissent produites au service d'un objectif politique préalable, posant une nouvelle interrogation sur la valeur épistémique des productions scientifiques dominantes.

Par contraste, les savoirs communautaires érudits sont subjugués et présentés comme non-épistémiques parce que leur inscription politique est apparente. L'utilisation de l'évidence comme outil de maintien des déséquilibres de pouvoir a été largement documentée en analyse critique du discours où il est établi que la position dominante est celle qui n'a pas besoin d'être explicitée [49]. Pourtant, les Articles de résultats 3 et 4 [a07 & a08] [181,182] illustrent que ces évidences sont maintenues au détriment de la valeur épistémique des recherches. Ce résultat est récurrent dans les recherches sur l'impact du genre en santé.

De plus, là où des discours de savoirs pratiques issus d'initiatives de terrain sont invalidés, des discours conservateurs, ne répondant pas au minimum de critères cognitifs ou de scientificité, sont inscrits dans les discours dominants. À titre d'exemple, les autrices de *la fabrique de l'enfant transgenre* [221] – texte argumentant la psychopathologisation et le non-respect des droits humains des personnes TGD – ont également été choisies comme autrices du rapport sénatorial français qui a servi de base à l'adoption par le Sénat de la proposition de loi n°138 le 28 mai 2024 [59]. *La fabrique de l'enfant transgenre* est un texte issu de professionnelles de santé – sans expérience pratique en santé des personnes TGD – qui revendique s'affranchir des textes des droits humains, notamment de la *convention internationale des droits de l'enfant* [23,221], et qui commet une erreur mathématique dans sa première note de bas de page où les autrices voulant expliquer les pourcentages confondent addition et multiplication. Pour autant, ces discours sont considérés comme porteurs de savoirs, y compris dans les institutions publiques de santé.

Cette lecture des mécanismes épistémiques rejoint l'analyse de Michel Foucault sur l'utilité tactique des savoirs [92] et inscrit les processus de production et d'interprétation des discours épistémiques dans des dynamiques politiques qui conduisent à remettre en cause la valeur épistémique des productions scientifiques. En cela, la santé des personnes TGD est porteuse d'un enjeu central de recherche portant sur sa propre légitimité, dans un contexte de dérégulation de la production scientifique.

Cet enjeu d'accès aux savoirs dans le contexte local français a été exploré dans l'Article de discussion 3 [a12] [222], soumis à la revue *Santé Publique*. Il s'agit d'une double analyse bibliométrique et lexicométrique des publications scientifiques francophones centrée sur l'accessibilité des savoirs et la mobilisation de la terminologie et des concepts.

Article de discussion 3

[a12] **Baleige A.** Accès aux savoirs sur la santé des personnes transgenres et de genre divers dans Santé Publique : une perspective trans bibliométrique et lexicométrique. Santé Publique [under review].

Accès aux savoirs sur la santé des personnes transgenres
et de genre divers dans Santé Publique :
Une perspective trans bibliométrique et lexicométrique

Anna BALEIGE

Santé Publique (under review)

RÉSUMÉ [a12]

Introduction.

La santé des personnes transgenres et de genre divers (TGD) est un enjeu de santé publique impactant une part importante de la population. Les décisions en santé ont lieu dans un climat artificiel d'incertitude et de controverse où les savoirs sont centraux. Les évolutions rapides du champ et l'arsenalisation du langage en recherche participent à multiplier les termes impactant les recherches bibliographiques.

But de l'étude.

Cette étude de la revue Santé Publique porte sur les publications incluant des éléments de santé des personnes TGD accessibles en ligne depuis 2001. Les publications incluses ont fait l'objet d'analyses bibliométriques et lexicométriques pour illustrer les dynamiques de publication et optimiser les futures recherches bibliographiques.

Résultats.

Parmi les 2347 publications en ligne, 75 comportent des termes relatifs à la santé des personnes TGD. Le rythme de publication s'est intensifié depuis 2022 mais le décrochage reste net avec les productions internationales. La recherche francophone reste faible et structurée autour du VIH/Sida. Certains termes prédominent la communication, évoquant des partis pris conceptuels et des zones d'ombre des savoirs actuels, notamment de terrain.

Conclusions.

La santé des personnes TGD reste un domaine de recherche peu développé et peu intégré dans l'ensemble des communications scientifiques. Les populations non binaires, transféminines et transmasculines restent invisibilisées. Les choix conceptuels et linguistiques des institutions publiques questionnent la promotion de leur santé dans sa dimension politique. Le numéro hors-série et la session de congrès dédiée ont été des moteurs de publications.

Type de publication : Recherche originale

Accès aux savoirs sur la santé des personnes transgenres et de genre divers dans Santé Publique : une perspective trans bibliométrique et lexicométrique.

Knowledge access on transgender and gender diverse health in Santé Publique: a trans bibliometric and lexicometric perspective

TITRE COURT : Savoirs trans dans Santé Publique

Autrice

Anna BALEIGE¹

Affiliation

¹ Université François-Rabelais Tours, Faculté de médecine – EA 75-05 Éducation Éthique Santé – Tours – France.

Correspondance : Anna BALEIGE

baleige.a@gmail.com

Résumé : 244 mots.

Introduction : La santé des personnes transgenres et de genre divers (TGD) est un enjeu de santé publique impactant une part importante de la population. Les décisions en santé ont lieu dans un climat artificiel d'incertitude et de controverse où les savoirs sont centraux. Les évolutions rapides du champ et l'arsenalisation du langage en recherche participent à multiplier les termes impactant les recherches bibliographiques.

But de l'étude : Cette étude de la revue Santé Publique porte sur les publications incluant des éléments de santé des personnes TGD accessibles en ligne depuis 2001. Les publications incluses ont fait l'objet d'analyses bibliométriques et lexicométriques pour illustrer les dynamiques de publication et optimiser les futures recherches bibliographiques.

Résultats : Parmi les 2347 publications en ligne, 75 comportent des termes relatifs à la santé des personnes TGD. Le rythme de publication s'est intensifié depuis 2022 mais le décrochage reste net avec les productions internationales. La recherche francophone reste faible et structurée autour du VIH/Sida. Certains termes prédominent la communication, évoquant des partis pris conceptuels et des zones d'ombre des savoirs actuels, notamment de terrain.

Conclusions : La santé des personnes TGD reste un domaine de recherche peu développé et peu intégré dans l'ensemble des communications scientifiques. Les populations non binaires, transféminines et transmasculines restent invisibilisées. Les choix conceptuels et linguistiques des institutions publiques questionnent la promotion de leur santé dans sa dimension politique. Le numéro hors-série et la session de congrès dédiée ont été des moteurs de publications.

Mots-clés : minorités sexuelles et de genre ; personnes transgenres ; terminologie comme sujet ; savoir ; linguistique.

Abstract: 202 words.

Introduction: Transgender and gender-diverse (TGD) people's health is a public health issue affecting a significant proportion of the population. Health decisions take place in an artificial climate of uncertainty and controversy, where knowledge is central. Rapid developments in the field and weaponization of research language are contributing to the proliferation of terms impacting bibliographic searches.

Purpose of research: This study of *Santé Publique* journal focuses on publications including elements of TGD people's health accessible online since 2001. Included publications were subjected to bibliometric and lexicometric analyses to illustrate publication trends and optimize future bibliographic searches.

Results: Of the 2,347 publications online, 75 include terms relating to the health of TGD people. The rate of publication has increased since 2022 but remains well behind international production. French-speaking research is still weak and structured around HIV/AIDS. Certain terms dominate communication, evoking conceptual prisms and grey areas in current knowledge, notably in the field.

Conclusions: TGD people's health remains an underdeveloped field of research, with little integration in scientific communications. Non-binary, transfeminine and transmasculine populations remain invisible. Public institutions' conceptual and linguistic choices call into question the political dimension of their health promotion. The special issue and dedicated congress session were key drivers for publications.

Keywords: sexual and gender minorities; transgender persons; terminology as topic; knowledge; linguistics.

Introduction

La santé des personnes transgenres et de genre divers (TGD) est devenue un enjeu contemporain central de santé publique. Personnes TGD est une expression consacrée de recherche visant à rendre compte de la pluralité des populations marginalisées et éloignées des systèmes de santé au prisme du genre [1]. Les personnes TGD représenteraient 0.5-4.5% des adultes et 2.5-8.4% des enfants et adolescents [2] qui partagent une base commune d'oppressions les plaçant en situation de vulnérabilité individuelle et systémique à laquelle nos systèmes de santé sont actuellement en incapacité de faire face [3]. Promouvoir la santé des personnes TGD apparaît donc comme un enjeu central des politiques publiques, pratiques de terrain, productions épistémiques, et de l'intégration des droits humains [4–6] comme norme de référence effective en santé.

Ces transformations nécessitent la mobilisation des savoirs existants et interrogent les productions et communications épistémiques futures. La référence aux savoirs scientifiques est rendue d'autant plus nécessaire que ces enjeux de santé s'intègrent dans un climat politique qui instrumentalise la controverse et l'incertitude, renforçant la dimension politique de la santé.

L'incertitude et la controverse s'appuient pour partie sur une histoire de reproduction de normes sociales oppressives dans les processus de production et d'interprétation des savoirs [7]. De 1838 – première classification comme maladies mentales [8] – à 2022 – dépsychopathologisation dans la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM, CIM-11) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [9–11], les personnes TGD ont été psychopathologisées sans argumentaire scientifique. Depuis les années 2010, l'annonce de la dépsychopathologisation par l'OMS [9], soutenue par des études de terrain [10], a appuyé des transformations dans le domaine, à la fois dans les politiques publiques – en France, mise en place d'une procédure légale de correction de l'état civil et fin de la stérilisation systématique des personnes TGD en 2017 [12] – et dans les approches et productions épistémiques en santé. Elle a accompagné une conceptualisation de la santé des personnes TGD au prisme de la santé publique [13] qui a participé à transformer les modélisations scientifiques et augmenté rapidement le nombre et la portée des travaux de recherche [14]. La Figure 1 illustre ces transformations au regard des publications indexées dans le thésaurus *Medical Subject Headings* (MeSH) [15] de la base MEDLINE. On y remarque un développement récent d'allure exponentielle qui s'accompagne d'une multiplication des sujets de recherche et des enjeux spécifiques de certaines sous-population de personnes TGD [14].

Ces changements épistémiques rapides occasionnent des évolutions importantes des terminologies et conceptualisations. Dans la CIM-11, l'OMS a décidé de maintenir une pathologisation des personnes TGD pour « garantir l'accès des personnes transgenres à des soins d'affirmation de genre, ainsi qu'à une couverture d'assurance maladie adéquate pour ces services » [11]. Le concept diagnostic d'incongruence de genre [9] a été introduit et celui de transsexualisme de la CIM-10 supprimé [16]. Il est argumenté que ces changements nosographiques seuls appuient une transformation des organisations des systèmes de santé, notamment de santé mentale [16,17]. La classification non-

Savoirs trans dans Santé Publique

officielle du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) éditée par l'*American Psychiatric Association* a également modifié ses conceptualisations psychopathologiques en reprenant le terme issu de la psychologie clinique de dysphorie de genre en remplacement du trouble de l'identité de genre [18]. La multiplication des termes et de leur polysémie au regard des disciplines académiques alimente le climat politique de controverse et d'incertitude.

En réaction, le développement des approches participatives en santé et dans la recherche transforme également les terminologies et conceptualisations. Ainsi, le terme MeSH *transsexualism* (transsexualisme) introduit en 1968 qui se rapportait au diagnostic de la CIM-10 a été complété en 2013 par *transgender persons* (personnes transgenres) et *health services for transgender persons* (services de santé pour personnes transgenres). Récemment, les terminologies de recherche sont devenues un terrain de bataille politique de la recherche scientifique à la suite de la censure par le gouvernement des États-Unis d'Amérique d'une liste de termes et domaines de recherche, donnant notamment lieu au mouvement international *Stand-up for Science* [19].

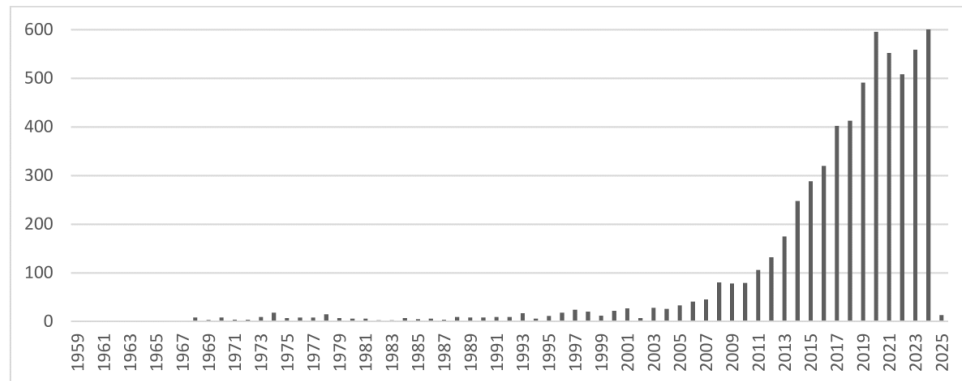


Figure 1 : Publications par année indexées sur la base MEDLINE pour « ("Transgender Persons"[Mesh] OR "Transsexualism"[Mesh]) AND "Public Health"[Mesh] », recherche effectuée sur PubMed le 28 décembre 2024 donnant 6184 résultats entre 1959 et 2025.

Cette recherche interroge les publications scientifiques francophones de santé publique, dans ce contexte où la production et l'accès aux savoir en santé des personnes TGD sont centraux au domaine et l'écho de dynamiques épistémiques, académiques, et politiques transversales. Elle porte sur la revue *Santé Publique*, revue de référence de santé publique dans l'espace francophone éditée par la Société Française de Santé Publique et première revue francophone [20] à consacrer – en 2022 – un numéro dédié [20,21] aux enjeux de santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre.

Les objectifs de cette recherche sont de rendre compte des publications scientifiques intégrant la santé des personnes TGD, de leur accessibilité, et des terminologies employées par les chercheuses et actrices de terrain.

Méthodes

Cette étude s'inscrit dans le champ des recherches participatives, plus spécifiquement celui des recherches communautaires, exécutée intégralement par une personne trans, dans la lignée des *survivor research* [22]. Le cadre de référence d'analyse est celui des droits humains tels que définis par les Nations Unies [4] et les principes de Yogyakarta [5,6]. Elle s'intéresse aux publications de la revue Santé Publique – revue francophone de santé publique éditée par la Société Française de Santé Publique – dans une perspective diachronique et synchronique et vise à rendre compte de la visibilité des personnes TGD dans les communications scientifiques.

L'étude est structurée en deux étapes : une analyse bibliométrique et une analyse lexicométrique. Chaque étape mobilise une liste identique de 33 termes relatifs à la santé trans renvoyant :

- Aux personnes concernées : TRANS, TRANSGENRE(S), TRANSIDENTITAIRE(S) ;
- Aux diagnostics (CIM-10, CIM-11, DSM-IV, DSM-5) : TRANSSEXUALISME, TRANSSEXUEL(S) OU TRANSSEXUELLE(S), INCONGRUENCE, TROUBLE(S) DE L'IDENTITÉ DE GENRE, DYSPHORIE ;
- Aux conceptualisations : IDENTITÉ DE GENRE, TRANSIDENTITÉ(S), TRANSITUDE(S) ;
- À la diversité de genre : DIVERSITÉ DE GENRE(S), GENRE(S) DIVERS, NON BINAIRE(S), NON-BINAIRES(S) ;
- À des sous-ensembles genrés : TRANSFEM, TRANSFÉMININ(S) OU TRANSFÉMININE(S), TRANSMASC, TRANSMASCULIN(S) OU TRANSMASCULINE(S) ;
- À des catégories populationnelles : MINORITÉS DE GENRE, MINORITÉS SEXUELLES.

Cette liste a été construite sur la base de l'expérience de l'autrice et de leurs emplois communs en recherche en santé trans. Une distinction a été opérée sur le nombre mais pas sur le genre.

Dans une première étape bibliométrique, une recherche unique sur chaque terme a été réalisée parmi les publications de Santé Publique indexées sur la base Cairn. Cairn est une base de données en ligne de publications scientifiques francophones qui archive les publications de Santé Publique depuis 2001 – premier numéro du volume 13. Les recherches ont porté sur l'intégralité du texte des publications, sans distinction de format. Les publications étaient incluses si le terme recherché était présent et sémantiquement lié aux personnes TGD.

Les objectifs de cette étape étaient de sélectionner le plus grand nombre de publications incluant un élément de santé trans, et définir les algorithmes de recherche minimaux actuels. Les publications incluses ont été analysées sur leur format, mots-clés, date de publication, et pays.

Dans une deuxième étape, des analyses lexicométriques ont été réalisées sur le corpus de publications ainsi constitué. Après lecture de chaque publication, l'intégralité de l'usage des 33 termes a été extraite et catégorisée au regard de son emplacement dans la publication. Les termes n'ont pas été traduits et l'analyse n'a pas tenu compte des termes transparents entre l'anglais et le français. Les adresses internet n'ont pas été considérées.

L'analyse des intersections des termes de recherche a été effectuée avec les bibliothèques Matplotlib v3.9.2, Pandas v2.2.3, et UpSetPlot v0.9.0 sous Python v3.12.2. Les analyses des mots-clés (comptage et similitudes) ont été réalisées avec le logiciel IRaMuTeQ v0.8alpha7 [23] sous R v4.3.3.

Résultats

Recherche bibliographique

La recherche sur la base Cairn a été réalisée le 22 mars 2025 et a permis de sélectionner 75 publications mentionnant un élément de santé trans. Après suppression des doublons, les 33 algorithmes de recherche ont conduit à 47 intersections présentées en Figure 2. Seuls les résultats de la recherche avec le terme TRANS ont nécessité une étape de tri manuel sémantique, qui a exclu 37 publications sans rapport sémantique.

Les algorithmes de recherche minimaux permettant la reconstitution du corpus actuel sont donc :

- Avec tri manuel des occurrences de TRANS :

{ "MINORITÉS SEXUELLES" OU TRANS OU TRANSGENRES OU "IDENTITÉ DE GENRE" OU TRANSGENRE OU "NON BINAIRES" OU TRANSSEXUELS OU TRANSSEXUELLES }

- Sans tri manuel, occasionnant une perte de 4 (05.3%) des publications :

{ "MINORITÉS SEXUELLES" OU TRANSGENRES OU "IDENTITÉ DE GENRE" OU TRANSGENRE OU "NON BINAIRES" OU TRANSSEXUELS OU TRANSSEXUELLES }

Analyses bibliométriques

Le corpus était constitué de 30 (40.0%) recherches originales (27 sous le format *recherche originale*, 2 sous *études*, et 1 sous *utilisations et enjeux*), 11 (14.7%) articles courts, 9 (12.0%) communications à des congrès, 8 (10.7%) articles d'opinions (7 sous *opinions & débat*, et 1 sous *expériences africaines de promotion de la santé*), 5 (06.7%) analyses bibliographiques (4 sous *analyse de livres*, et 1 sous *notices bibliographiques*), 5 (06.7%) synthèses des connaissances, 4 (05.3%) introductions de dossier (3 sous *introduction*, et 1 sous *les enjeux conceptuels et méthodologiques de l'éducation pour la santé*), 2 (02.7%) présentations d'outils (sous *pratiques, expériences, évaluation*), et 1 (01.3%) éditorial.

Pour un article [24] l'ordre des auteurices différait entre la version en ligne et la version téléchargeable. 16 (21.3%) publications ne comportaient pas de mot-clé : 9 (100.0%) communications à des congrès, 4 (80.0%) analyses de livres, 2 introductions (50.0%), et 1 (100.0%) éditorial.

Savoirs trans dans Santé Publique

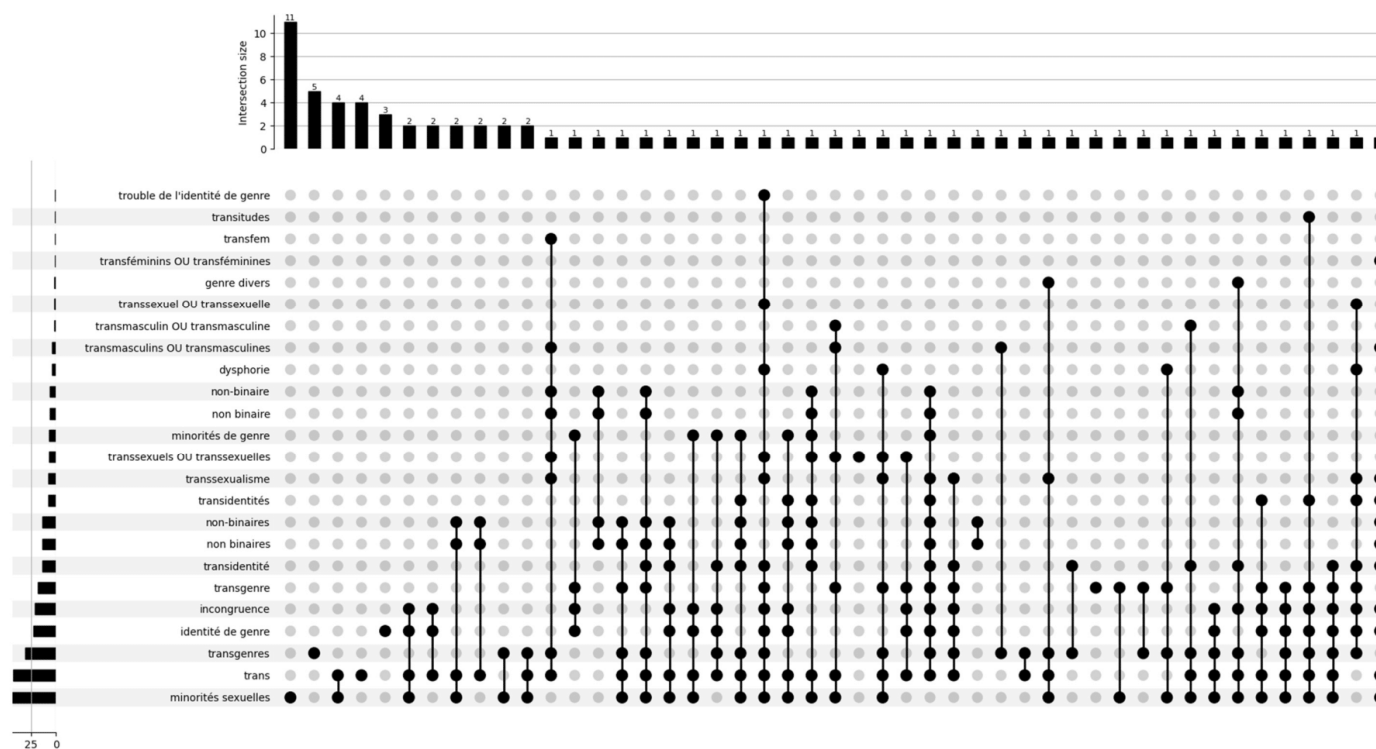


Figure 2 : Intersections des termes de recherche relatifs à la santé trans parmi les publications de Santé Publique depuis 2001.

Savoirs trans dans Santé Publique

L'analyse des mots-clés des auteurices a retrouvé 336 occurrences de 249 mots-clés, ont 208 formes uniques (85.5% des formes, 61.9% des occurrences). Les mots-clés suivants admettaient 2 occurrences distinctes : *prep*, *transsexualisme*, *personnes transgenres*, *santé reproductive*, *participation communautaire*, *organisation et administration*, *droits de l'homme*, *services de santé*, *santé mentale*, *intersectionnalité*, *politique de santé*, *france*, *épidémiologie*, *télémédecine*, *chemsex*, *contraception*, *orientation sexuelle*, *santé publique*, *république démocratique du congo*, *incidence*, *internet*, *burkina faso*, *féminisme*, *dépistage*, *trans*, *hsh*. Les mots-clés les plus fréquents étaient : *vih* (n=14), *minorités sexuelles* (n=8), *genre* (n=7), *sexualité* (n=5), *minorités sexuelles et de genre* (n=5), *sida* (n=5), *santé sexuelle* (n=4), *accès aux soins* (n=4), *promotion de la santé* (n=4), *homosexualité* (n=4), *identité de genre* (n=4), *santé* (n=4), *migration* (n=3), *prévention* (n=3). Leurs relations ont été étudiées par analyse de similitudes basée sur leurs co-occurrences et présentée en Figure 3 où la recherche apparaît structurée sur le VIH/Sida.

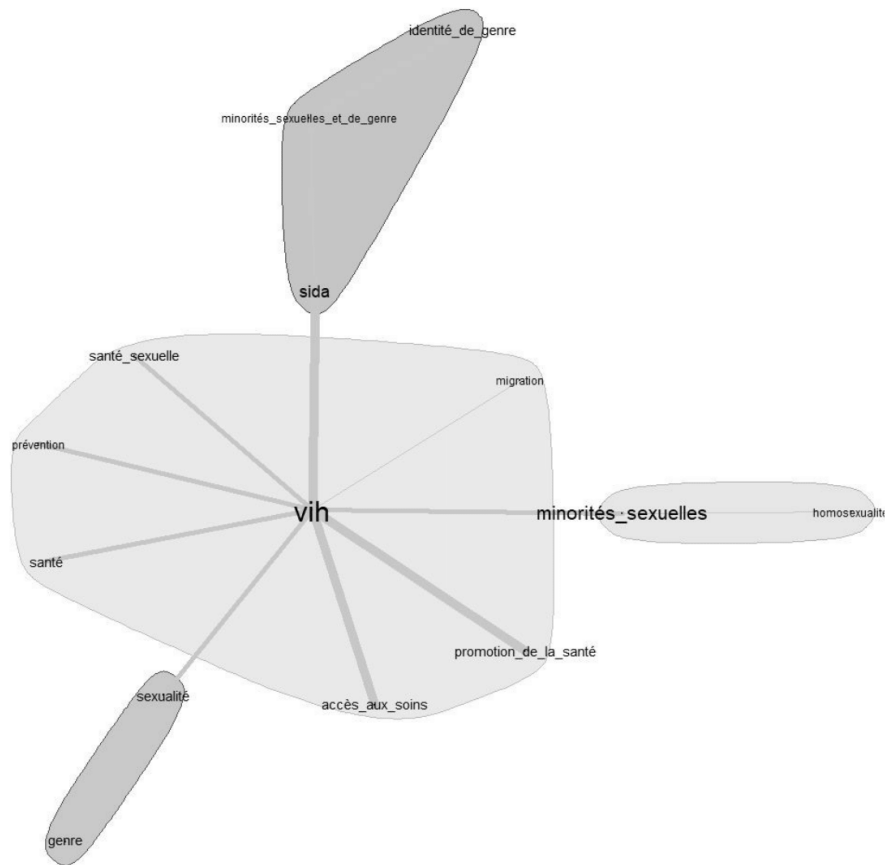


Figure 3. Analyse de similitude des co-occurrences des mots-clés du corpus (n>2), présentation Fruchterman Reingold avec identification des communautés linguistiques. La taille des termes est proportionnelle est à leurs occurrences, la taille des arêtes à leurs co-occurrences.

Savoirs trans dans Santé Publique

La première publication référencée est une analyse de livres de 2003 où le chapitre 9 de *la terre en héritage* [25] discute l'impact de la chimie sur la santé environnementale en mettant en avant ses risques sous le titre « les efforts pervers de la chimie : goélands homosexuels (sic) et tortues transsexuelles (sic) » [25], mobilisant ainsi l'application du diagnostic psychopathologique de la CIM-10 à un animal comme représentation des « effets pervers (sic) de la chimie » [25].

La première recherche portant sur la santé trans a été publiée en 2006 où les personnes TGD sont définies dans la première phrase de l'article : « cet article porte sur l'usage de produits licites et illicites chez les transgenres (ou travestis), c'est-à-dire, des hommes qui s'habillent en femme pour répondre à la demande du marché sexuel (sic) » [26]. Cet article français rapporte une analyse des résultats d'une enquête menée en 2002 à Paris et Marseille, France. Il s'agit d'une *recherche sur*, non-communautaire, portant sur le travail du sexe où l'auteurice hypothétise notamment que :

c'est probablement en raison de cette vie décalée entre jour et nuit que 22 % des transgenres s'adonnent à l'usage de somnifères contre 4 % des garçons. Cependant, les statistiques montrant que l'usage des médicaments psychotropes touche principalement les femmes des classes populaires urbaines, on peut s'interroger sur la relation entre la prise de ces médicaments chez les transgenres et leur côté féminin, à l'exemple de la consommation du vin rosé pour se forger une identité féminine, comme le suggère Garnier-Muller [26].

Les publications annuelles par format sont présentées en Figure 4.

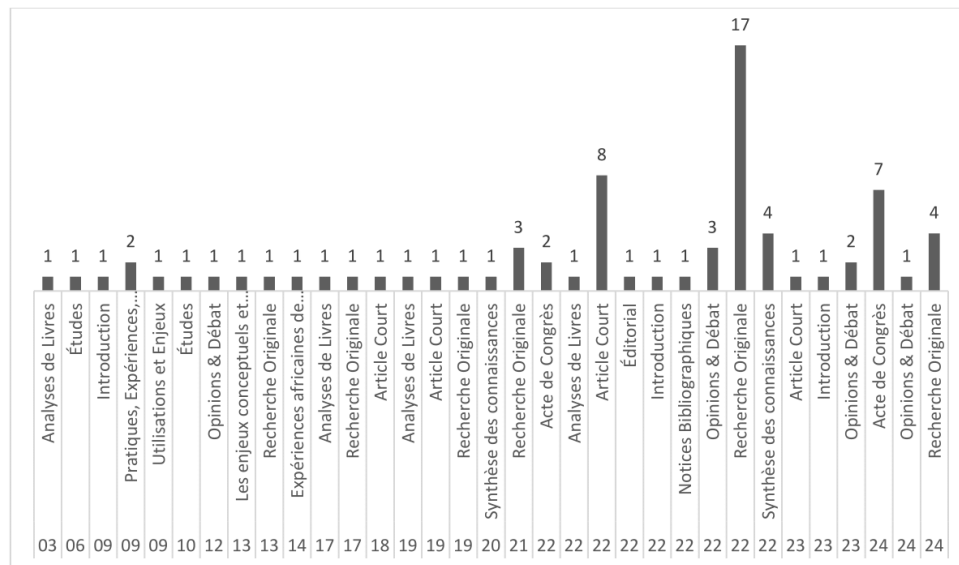


Figure 4 : Publications annuelles par format de la revue Santé Publique incluse dans le corpus.

La médiane de publication par année sur la période 2003-2024 est de 1 (IQR 0-3), et 1 (IQR 0-1) pour les articles de recherche (recherches originales, articles courts, et synthèses des connaissances, n=46). Les années 2022 et 2024 apparaissent comme aberrantes avec respectivement 38 (50.7% ; dont 29

Savoirs trans dans Santé Publique

recherches, 63.0%) et 12 (16.0% ; dont 4 recherches, 08.7%) publications. L'année 2022 a été celle de la publication d'un hors-série consacré à la *santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre* [20,21] contenant 31 publications, toutes incluses dans le corpus (81.6% des publications de 2022, 41.3% du corpus). L'année 2024 compte 7 des 9 (77.8%) communications à un congrès relatives à la santé trans et publiées, en lien avec la tenue d'une session spécifique sur la *santé des minorités sexuelles et de genre* lors du *congrès 2023 de la Société Française de Santé Publique* où 5 (71.4%) ont donné lieu à une communication orale.

Les analyses bibliographiques et communications à des congrès ne mentionnaient pas l'affiliation des auteures, excluant 14 (18.7%) publications. L'analyse a porté sur le pays de l'affiliation du premier auteur ou de la première autrice. La majorité des publications provenait de France (n=42, 68.9%), puis 7 (11.5%) du Canada (100.0% du Québec), et 4 (06.6%) de Belgique. Une (01.6%) publication provenait des pays suivants : Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, États-Unis d'Amérique, Mali, Portugal, Suède, et Suisse. Les proportions étaient relativement inchangées en ne considérant que les articles de recherche (recherches originales, articles courts, et synthèses des connaissances) : 31 (67.4%) de France, 5 (10.9%) du Canada, 3 (06.5%) de Belgique, et 1 (02.2%) du Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, États-Unis d'Amérique, Portugal, Suède, et Suisse.

Analyses lexicométriques

L'intégralité des 33 termes a été recherchée dans l'ensemble des 75 publications, indépendamment des résultats des algorithmes de recherche, et catégorisée par son emplacement : titre, résumé, mots-clés, texte, références, notes de bas de page, remerciements, et nom du dossier le cas échéant. L'analyse a retrouvé 1335 occurrences des 33 termes, dont 5 termes sans occurrence : TROUBLES DE L'IDENTITÉ DE GENRE, TRANSITUDE, DIVERSITÉ DE GENRES, GENRES DIVERS, et TRANSMASC. La Figure 5 présente les occurrences totales et le nombre de publications pour chaque terme et catégorie.

Les termes référant aux personnes dominent les résultats avec 798 (59.8%) occurrences dans 57 (76.0%) publications. La catégorie est dominée par les termes TRANS (n=555, 69.6%) et TRANSGENRE(S) (n=236, 29.6%). Le terme TRANS apparaît 8 fois dans 7 titres, 25 fois dans 12 résumés, 5 fois dans 5 mots-clés de 5 publications (*trans*, n=2 ; *personnes trans* ; *santé trans* ; *santé des personnes trans*), 422 fois dans 38 textes, 64 fois dans les références de 22 publications (incluant des références en langue anglaise), 23 fois dans les notes de bas de page de 14 publications (principalement pour décrire l'acronyme LGBTQI et ses dérivés), et 8 fois dans les remerciements de 2 publications (noms d'associations communautaires). Les termes TRANSGENRE(S) apparaissent 4 fois comme mot-clé de 3 publications (*personnes transgenres*, n=2, version française du MeSH: *Transgender Persons* ; *services de santé pour personnes transgenres*, MeSH : *Health Services for Transgender Persons* ; *transgenre*). Au pluriel, il est également présent dans 3 titres et 9 fois dans 5 résumés. Au total, les termes TRANSGENRE(S) apparaissent 196 fois dans 34 textes, 21 fois dans les références de 13 publications, 2 notes de bas de page, et 1 remerciement (nom d'une association communautaire). Les termes

Savoirs trans dans Santé Publique

TRANSIDENTITAIRE(S) sont utilisés par 2 auteurices dans 3 publications, 3 occurrences dans le résumé et 4 dans le texte, et renvoient aux personnes et aux parcours.

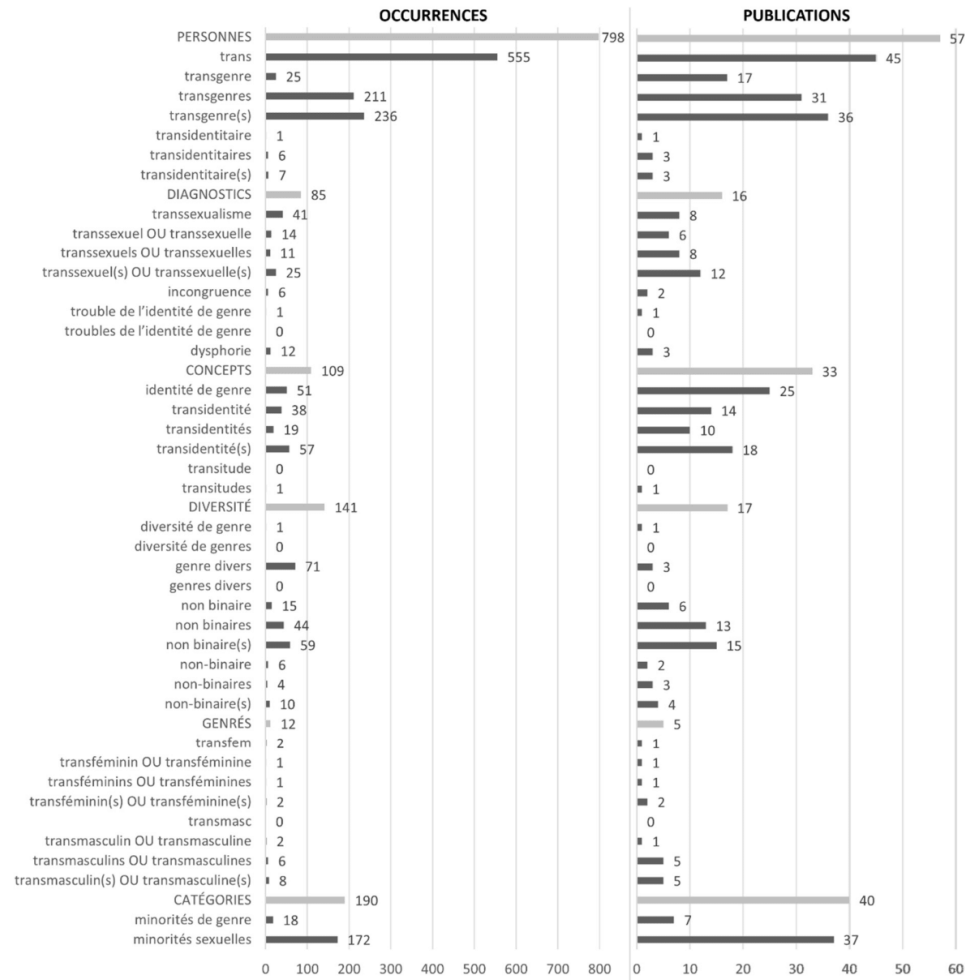


Figure 5 : Occurrences et publications pour chaque terme et catégorie dans le corpus.

Les termes populationnels MINORITÉS DE GENRE et MINORITÉS SEXUELLES forment le deuxième groupe le plus employé. MINORITÉS SEXUELLES est l'unique terme retrouvé dans 12 publications et est régulièrement employé sous la forme *minorités sexuelles et de genre* (ou *minorités sexuelles, sexuées et de genre* qui n'apparaît que dans la structure du hors-série dédié [20,21]). Dans son usage strict, minorités sexuelles ne permet pas de distinguer les publications portant sur la santé au prisme de l'orientation sexuelle de celles s'intéressant aux personnes TGD. MINORITÉS DE GENRE et *minorités sexuelles et de genre* sont employés systématiquement de manière inclusive des deux thématiques ou pour référer spécifiquement aux personnes TGD et intersexes. Ces termes et leurs dérivés sont utilisés

Savoirs trans dans Santé Publique

13 fois comme mot-clé (*minorités sexuelles*, n=8, 61.5% ; *minorités sexuelles et de genre*, n=4, 30.8% ; et *minorités de genre* ; MeSH : *Sexual and Gender Minorities*), 17 fois dans 9 résumés et figurent dans le titre de 6 publications. La majorité de leurs emplois est dans le texte des publications (n=128, 66.7%) où ils apparaissent soit comme élément de cadrage avec un emploi restreint, soit comme descripteur de la population à l'étude pouvant admettre jusqu'à 34 occurrences dans le texte. Leur présence dans le titre, le résumé, ou les mots-clés apparaît sans rapport avec leur emploi dans le texte : 6 publications les utilisant comme mot-clé et 1 dans son titre ne reprennent pas les termes dans le texte.

Les concepts apparaissent comme la troisième catégorie associée au plus grand nombre de publications, mais la quatrième en occurrences. IDENTITÉ DE GENRE et TRANSIDENTITÉ(S) sont les termes centraux. Ils sont majoritairement utilisés en association avec d'autres termes (seuls 3 publications ne mentionnent que l'IDENTITÉ DE GENRE). Ils apparaissent dans 5 mots-clés de 5 publications (*identité de genre*, n=4 ; *transidentité*), 3 résumés (TRANSIDENTITÉS, n=2 ; TRANSIDENTITÉ), mais aucun titre. Le terme TRANSITUDE n'est employé qu'au pluriel et uniquement dans le titre d'une référence.

À l'inverse les termes évoquant la diversité des populations TGD sont utilisés dans moins de publications (17 vs. 33) mais avec davantage d'occurrences (141 vs. 109). Le terme GENRE DIVERS est le terme principal, pour autant il n'est utilisé que par une seule autrice dans 3 publications sous la forme *personnes transgenres et de genre divers*, en lien avec l'expression scientifique anglaise consacrée *transgender and gender diverse persons* [1]. Les termes NON BINAIRE(S) et NON-BINAIRE(S) sont plus largement employés dans les publications francophones et sont retrouvés sous au moins une forme dans 16 (21.3%). Pour autant, 1 publication concentre 43 des 69 occurrences (62.3%), où le terme NON BINAIRE(S) est présent dans le titre et le résumé, et apparaît comme la seule publication dédiée à ces populations [27].

Hormis la première publication de 2003 mentionnée précédemment [25], les termes diagnostics ne sont employés seuls par aucune publication. Le concept diagnostic biomédical prédominant est celui du transsexualisme issu de la CIM-10, principalement sous forme adjectivale TRANSSEXUEL(LE)(S) au regard des publications (12 vs. 8 publications, 60.0%) et sous TRANSSEXUALISME au regard des occurrences (41 vs. 25, 62.1%). La grande majorité (n=12, 85.7%) des publications utilisant ces termes ont été publiées *a posteriori* de l'entrée en application de la CIM-11 qui l'a supprimé. Le diagnostic d'incongruence de genre introduit lors de cette révision apparaît largement minoritaire (n=6, 7.1%) et est limité à 2 (12.5%) publications de la même autrice. Au regard des termes diagnostics du DSM, le TROUBLE DE L'IDENTITÉ DE GENRE n'apparaît que dans une publication pour évoquer l'histoire des diagnostics psychopathologiques. La dysphorie de genre introduite dans le DSM-5 est utilisée dans 3 (18.8%) publications dont une seule comme diagnostic de référence – contrairement aux 2 autres qui mobilisent le concept psychologique clinique du même nom [18]. Cette publication française, pourtant produite par la caisse nationale d'assurance maladie, concentre la majorité de ses occurrences (n=8, 66.7%) et l'inclut dans son titre et comme mot-clé, sans justifier son emploi d'un concept diagnostic non-officiel et invalidé [10] comme modèle d'analyse de bases médico-administratives alors même que la

Savoirs trans dans Santé Publique

méthodologie s'appuie sur une correspondance jugée équivalente avec le code officiel de la CIM-10. Plus encore, le terme DYSPHORIE apparaît également dans la discussion où la publication se fait l'unique relai francophone et mal orthographié du concept pseudo-scientifique de *rapid-onset gender dysphoria* [28].

L'emploi des termes TRANSFEM, TRANSFÉMININ(E)(S), TRANSMASC, et TRANSMASCULIN(E)(S) relatifs aux enjeux de santé des sous-découpages genrés des populations TGD reste marginal avec 12 (0.01%) occurrences dans 5 (6.7%) publications. Si le terme TRANSMASC est absent du corpus, TRANSMASCULIN(E)(S) représente 8 (66.7%) occurrences dans 5 publications, dont 3 (37.5%) dans des références, y compris 2 (66.7%) en langue anglaise où le terme est transparent. La moitié de son emploi est située dans un article dédié à un enjeu de santé transmasculin. TRANSFEM n'apparaît que dans une référence citant la base de savoirs communautaire Transfem Science. TRANSFÉMININ(E)(S) apparaissent 2 fois dans 2 publications sans qu'aucune ne soit dédiée à un enjeu de santé transféminin.

L'analyse lexicométrique a permis de mettre en évidence une incohérence dans le moteur de recherche de la base Cairn où certaines publications apparaissent dans les résultats de recherche d'un terme dans le texte entier sans que celui-ci ne soit présent dans le texte lui-même. Ce comportement apparaît variable entre les termes. À titre d'exemple, la recherche du terme DYSPHORIE a isolé 4 résultats alors que le terme n'est présent que dans 3 publications, et celle du terme INCONGRUENCE 21 résultats alors que le terme n'est présent que dans 2 publications.

Au total, 18 (24.0%) publications emploient un des 33 termes (28 usités) dans leur titre, 22 (37.3% sur 59 publications contenant un résumé) dans leur résumé, et 24 (40.7%, sur 59) dans leurs mots-clés, rendant compte de celles où la santé des personnes TGD apparaît comme un élément central des communications. Parmi celles employant un des termes dans leur titre, 9 (50.0%) figurent dans le hors-série consacré à la *santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre* [20,21], 16 parmi celles les employant dans leur résumé (72.7%) et mots-clés (66.7%). En prenant en compte les communications publiées, en lien avec la tenue d'une session spécifique sur la *santé des minorités sexuelles et de genre* lors du *congrès 2023 de la Société Française de Santé Publique*, 13 (72.2%) publications contiennent un des termes considérés dans leur titre.

Rapporté à l'ensemble, parmi les 2347 publications de la revue Santé Publique archivées sur la base Cairn, 75 (03.2%) utilisent au moins un terme pouvant se rapporter à la santé des personnes TGD, 18 (00.8%) dans leur titre, dont 9 (00.4%) au sein d'un même numéro spécial.

Discussion

La méthodologie de cette recherche étant largement automatisable, elle souffre de peu de limites inhérentes à son exécution. L'étape de sélection des résultats de la recherche bibliographique a nécessité une intervention manuelle pour un seul des 33 termes considérés, le terme TRANS étant largement utilisé à la fois comme préfixe et dans les abréviations des revues scientifiques, ce qui limite

Savoirs trans dans Santé Publique

sa praticabilité d'emploi en recherche bibliographique en santé des personnes TGD malgré sa large adoption et son emploi communautaire. Certains termes n'ont pas été considérés – comme MTF ou FTM – cependant l'étude met en évidence une saturation des résultats de recherche bibliographique atteinte avec 8 termes distincts, dont 2 accords. Pour autant, certains termes comme MINORITÉS SEXUELLES apparaissent comme la clé d'entrée à un nombre relativement important de publications. Une autre limite est la méthodologie de référencement de la base Cairn, celle-ci ayant tendance à majorer certains termes de recherche, vraisemblablement par une modalité propre d'archivage, majorant la partie manuelle de la recherche bibliographique. Enfin, certains termes comme NON(-)BINAIRE(S) admettent plusieurs orthographes valides et employées.

Une part non négligeable des publications identifiées n'aborde pas directement des enjeux de santé trans, mais inclut des termes en rapport, soit dans la description de l'acronyme LGBTQI et de ses dérivés, soit dans la méthodologie et la description des échantillons, notamment au regard de la variable genre largement utilisée comme variable uniquement descriptive. Pour autant, 2272 (96.8%) publications de la revue Santé Publique référencées sur Cairn ne contiennent pas de termes liés à la diversité de genre. Si certaines modalités de recueil des données classifient les genres non binaires sous des modalités aspécifiques telles que *autres*, l'absence d'emploi de termes, concepts ou références liées à la santé des personnes TGD les rend en pratique inaccessibles. Dans cette perspective, cette étude tend à interroger la production académique des savoirs et des discours scientifiques dans un monde où 0.5-8.4% de la population générale [2] est d'emblée exclu. Ceci fait écho aux propos de l'unique article sur la santé des hommes trans et personnes transmasculines publié qui notait que « l'usuelle catégorisation binaire selon le sexe utilisée (soit homme, soit femme) invisibilise les spécificités des personnes trans » [29]. De manière plus générale, ces résultats font écho à la reproduction des normes sociales dans les processus de recherche [7,30,31] et à leur rôle dans le maintien de cadres conceptuels oppressifs qui se traduisent notamment par des rejets, discriminations, et violences de la part des professions de santé [32], couplés à une incapacité pratique de répondre aux enjeux de santé des populations TGD et à une absence de formation.

Ces enjeux méthodologiques et éthiques de recherche sont saisis directement dans une publication de la Haute Autorité de Santé (HAS) portant sur la collecte des données de santé des populations LGBTQI [33]. Pour autant, le positionnement de l'institution publique française interroge en ce qu'elle considère que le développement de modalités de recherche davantage inclusives « pose la question illusoire de chercher une identification des personnes à des regroupement fondamentalement artificiels » [33] tout en concluant que « les principes de "proportionnalité" et de "pertinence" doivent guider ces choix afin que les informations soient celles strictement nécessaires au regard de la finalité » [33], plaçant d'une manière extrêmement normative les modalités binaires comme choix par défaut sans critiquer leurs caractères également fondamentalement artificiels. Cette posture argumentative fait écho aux choix linguistiques qui sont au cœur de cette étude. Dans une note de bas de page du même article, il est précisé que :

N'étant pas toujours parvenus à utiliser des mots épiciques, les auteur·rice·s ont préféré s'en tenir à l'écriture traditionnelle en grammaire française qui leur a semblé plus neutre, plutôt que d'opter pour une

Savoirs trans dans Santé Publique

écriture dite inclusive, double genrée, incompatible selon eux-elles avec les jeux de valeurs non binaires au cœur du propos [33].

Une nouvelle fois, dans une tout autre modalité, la norme oppressive est présentée comme une alternative préférable et par défaut, tout en reconnaissant son caractère également artificiel et, en l'occurrence, bien plus incomplet. Argumenter la supériorité du masculin générique dans la communication scientifique dans un article sur la prise en compte de la diversité de genre où la binarité méthodologique est également présentée comme alternative supérieure interroge sur le positionnement politique de l'institution. Des recherches en sciences du langage mettent en effet en évidence que « les rhétoriques opposées à l'écriture inclusive se nourrissent principalement d'arguments antiféministes et réactionnaires (par ex., Michaud, 2021), et ont pour fonction d'affirmer et de légitimer un certain pouvoir politique (par ex., Loison et al., 2020) » [34].

Ces éléments se retrouvent dans l'autre publication incluse de l'institution argumentant « l'universalisme proportionné » [35] comme outil d'amélioration de la santé des populations LGBTQI en omettant complètement l'enjeu central des droits humains fondamentaux qui sont censés constituer le cadre normatif commun de référence des recherches et pratiques en santé, et un pilier structurel de la santé publique et des politiques publiques de santé à l'échelle mondiale [36]. Dans ce second article, les auteures attirent même l'attention dès le résumé à ce que les initiatives inclusives dans les politiques publiques de santé se fassent « sans préjudice mais aussi sans privilège, ni pour la population générale, ni pour les minorités qui la composent » [35], précaution qui interroge quand on connaît les situations concrètes d'existence et d'accès à la santé des populations dites minoritaires, et leur traitement par les institutions officielles – sujet sur lequel je recommande la lecture de l'article de Cécile Lavier [37].

En perspective, les choix méthodologiques et discursifs de la publication de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) questionnent tout autant. Pourquoi, dans un article de 2022, s'être éloigné de la CIM – classification internationale de référence de l'OMS ayant annoncé dès 2016 la dépsychopathologisation des personnes TGD, mise en ligne dès 2018 et votée en 2019 – et être la seule publication parmi 2347 à utiliser le modèle invalidé [10] et psychopathologique de la dysphorie de genre [18], issu d'une classification étrangère et non officielle, tout en étant également le seul relai de la revue de théories anti-trans pseudoscientifiques largement discréditées [28] ? Il est difficile de ne pas mettre ces positionnements institutionnels en relation avec la condamnation en 2022 de l'antenne de Roubaix-Tourcoing de la CNAM pour discrimination et préjudice moral envers une personne TGD [38], ou les 9 procédures similaires en cours [39].

Ces résultats renforcent la cohérence du cadre conceptuel introductif et mettent en avant la dimension politique de la production de savoirs en santé et de l'arsenalisation du langage et de la communication scientifiques [28], de manière proche à ce qui est observé en droit français [40].

Au regard des savoirs existants et nécessaires sur la santé des personnes TGD, cette recherche illustre clairement que la dynamique de développement exponentiel des recherches et communications scientifiques observée à l'international [14] n'a pas été retrouvée dans le paysage francophone. Seuls 3.2% des publications de la revue Santé Publique abordent un concept relatif à la santé trans et moins de 1% de manière ciblée. Cette pauvreté de publication a des répercussions sur les enjeux spécifiques de certaines populations TGD. À ce jour, un seul article aborde la santé des personnes non binaires

[27], un seul celui de la santé des personnes transmasculines et uniquement sous l'angle de la santé sexuelle [29], et aucune publication ne s'intéresse à la population transféminine. Le constat est similaire au regard des intersections nombreuses des populations TGD avec d'autres facteurs de marginalisation, comme la migration où cinq publications abordent leurs enjeux de santé, trois sous l'angle de la santé sexuelle [41–43] et deux sous l'angle de la santé mentale [44,45]. L'analyse des mots-clés des publications met en évidence que la recherche sur le VIH/Sida reste à ce jour le seul facteur structurant des productions francophones.

Pour autant, cette recherche n'a trouvé aucun argument pour soutenir l'idée que ce retard francophone serait lié à des pratiques de publications. Au contraire, le numéro hors-série de la revue *Santé Publique* consacré à la *santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre* et la tenue d'une session spécifique sur la *santé des minorités sexuelles et de genre* lors du *congrès 2023 de la Société Française de Santé Publique* apparaissent comme le facteur central de communication, concentrant plus des trois quarts des publications abordant directement la santé des personnes TGD. Il était apparent lors de la réalisation de ce travail que les productions communautaires en santé des personnes TGD étaient parmi les plus pertinentes méthodologiquement et dans leurs applications de terrain, là où les productions extra-communautaires n'étaient toutes en mesure de s'extraire de l'exoticisation, la réaffirmation des normes et l'arsenalisation politique de la recherche. Ce ressenti de chercheuse m'amène à questionner l'analyse faite par la HAS qu'« il est possible que les populations LGBTI y soient prêtes [à la recherche participative], ce qu'elles n'étaient pas il y a une vingtaine d'années encore (sic) » [35]. Ces éléments déplacent le questionnement sur la production scientifique francophone vers l'organisation et le financement des systèmes de recherche et la participation des communautés concernées.

S'il est certain que la seule responsabilité de promotion de la recherche participative en santé des personnes TGD ne peut incomber à la revue *Santé Publique*, le développement de communications scientifiques reste nécessaire pour rattraper le retard francophone. Les résultats de cette recherche mettent en évidence que la production de numéros hors-série et la tenue de sessions spécifiques dans les congrès et manifestations sont des initiatives qu'il serait nécessaire de répéter, dans le but de favoriser la communication scientifique dans le domaine comme cela est observé depuis 2022.

Agir sur la santé des populations TGD et des autres populations marginalisées nécessite d'avoir accès à des savoirs de terrain rendant compte de leurs contextes spécifiques. La possibilité d'une publication scientifique proche des actrices et populations est une opportunité qu'il faut saisir et développer.

Références

- [1] Thorne N, Yip AKT, Bouman WP, Marshall E, Arcelus J. The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *International Journal of Transgenderism* 2019;20:138–54. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>.
- [2] Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health* 2020;21:125–37. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>.
- [3] Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet* 2016;388:390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8).

- [4] United Nations. La Déclaration universelle des droits de l'homme. 1948.
- [5] International Commission of Jurists. Yogyakarta principles: the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. 2007.
- [6] Cabral Grinspan M, Carpenter M, Ehrt J. The Yogyakarta Principles plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta p. 2017.
- [7] Nicholas L. Queer ethics and fostering positive mindsets toward non-binary gender, genderqueer, and gender ambiguity. *International Journal of Transgenderism* 2019;20:169–80. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1505576>.
- [8] Esquirol J-É. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Volume 1. Arno Press; 1838.
- [9] Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016;15:205–21. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>.
- [10] Robles R, Keeley JW, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Sharan P, et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2022;22:100281. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100281>.
- [11] Organisation Mondiale de la Santé. Gender incongruence and transgender health in the ICD. Organisation Mondiale de La Santé n.d. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd> (accessed April 13, 2024).
- [12] Baleige A. Cadre d'action de promotion de la santé reproductive : analyse critique lexicométrique et trans des politiques publiques françaises contemporaines. *Sante Publique (Paris)* 2024;36:73–80. <https://doi.org/10.3917/spub.241.0073>.
- [13] Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet* 2016;388:412–36. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X).
- [14] Scheim AI, Rich AJ, Zubizarreta D, Malik M, Baker KE, Restar AJ, et al. Health status of transgender people globally: A systematic review of research on disease burden and correlates. *PLoS One* 2024;19:e0299373. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299373>.
- [15] Rogers FB. Medical subject headings. *Bull Med Libr Assoc* 1963;51:114–6.
- [16] Baleige A, de la Chenelière M, Dassonneville C, Martin M-J. Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France. *Transgend Health* 2021. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>.
- [17] Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health* 2022;23:S1–259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.
- [18] Ashley F. The Misuse of Gender Dysphoria: Toward Greater Conceptual Clarity in Transgender Health. *Perspectives on Psychological Science* 2019. <https://doi.org/10.1177/1745691619872987>.
- [19] Stand Up For Science. Stand Up For Science France. Stand Up For Science 2025. <https://standupforscience.fr/> (accessed March 26, 2025).
- [20] Berdougou F, Girard G, Marsicano É. Santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique. *Sante Publique (Paris)* 2023;Vol. 34:11–9. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0011>.
- [21] Denis F, Rusch E. Santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre et politiques de santé. *Sante Publique (Paris)* 2022;34:7–9. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0007>.
- [22] Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D. This is survivor research. Ross-on-Wye : PCCS Books; 2009.
- [23] Camargo BV, Justo AM, Forte T. Iramuteq: R Interface for Multidimensional Analysis of Texts and Questionnaires. 2016.
- [24] Kandolo SI, Mwarabu Much'Apa B, Matungulu Matungulu C, Kakoma Sakatolo Zambeze J-B. Les violences sexuelles en milieu urbain : cas de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Sante Publique (Paris)* 2017;Vol. 29:125–31. <https://doi.org/10.3917/spub.171.0125>.
- [25] Durand-Zaleski Isabelle. Analyses de livres. *Sante Publique (Paris)* 2003;Vol. 15:235–50. <https://doi.org/10.3917/spub.032.0235>.

- [26] Laurindo da Silva L. Les modalités de consommation de drogues chez les prostitués masculins. *Sante Publique (Paris)* 2006;Vol. 18:207–21. <https://doi.org/10.3917/spub.062.0207>.
- [27] Alessandrin A, Meidani A. Santé des personnes non binaires : de quoi parle-t-on ? *Sante Publique (Paris)* 2023;Vol. 34:97–102. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0097>.
- [28] Ashley F. « Rapid-Onset Gender Dysphoria » - Un commentaire critique. *GLAD!* 2022. <https://doi.org/10.4000/glad.5756>.
- [29] Rivest P. La santé sexuelle des hommes trans : entre problèmes de catégorisation et invisibilisation. *Sante Publique (Paris)* 2023;Vol. 34:37–48. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0037>.
- [30] Baleige A, Guernut M. A trans & queer discursive approach to gender diversity and misgendering in the transgender and gender diverse population: Queering a study for ICD-11. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [under Review] 2025.
- [31] Jamal L, Zayhowski K, Berro T, Baker K. Queering genomics: How cisnormativity undermines genomic science. *Human Genetics and Genomics Advances* 2024;5:100297. <https://doi.org/10.1016/j.xhgg.2024.100297>.
- [32] Kattari SK, Bakko M, Langenderfer-Magruder L, Holloway BT. Transgender and Nonbinary Experiences of Victimization in Health care. *J Interpers Violence* 2021;36:NP13054–76. <https://doi.org/10.1177/0886260520905091>.
- [33] Grenouilleau-Albertini A-S, Liot P, Sachs A, Suarez T, Saout C. Collecter des données pour la santé des populations LGBTI : pourquoi, comment, avec qui ? *Sante Publique (Paris)* 2023;Vol. 34:81–9. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0081>.
- [34] Sauter T, Gygas P, Tibblin J, Escasain L, Sato S. « L'écriture inclusive, je ne connais pas très bien... mais je déteste ! » . *GLAD!* 2023. <https://doi.org/10.4000/glad.6400>.
- [35] Grenouilleau-Albertini A-S, Suarez T, Saout C. L'universalisme proportionné, un outil pour améliorer la santé des minorités LGBTI. *Sante Publique (Paris)* 2023;Vol. 34:31–5. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0031>.
- [36] World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all. 2016.
- [37] Lavier C. Le bénéfice des unes est-il celui des autres ? Le cas des usagères d'un progestatif de synthèse. *Sante Publique (Paris)* 2023;Vol. 34:49–58. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0049>.
- [38] Malbos L. Réassignation sexuelle : Plainte pénale contre un refus de remboursement. *Mousse* 2022. <https://www.assomousse.org/reassignment-sexuelle-plainte-penale-contre-un-refus-de-remboursement/> (accessed March 26, 2025).
- [39] SOS Transphobie. Stop Trans Pathologization. *SOS Transphobie* 2025. <https://www.sos-transphobie.org/stop-trans-pathologization> (accessed March 26, 2025).
- [40] Mascarenhas E. Les mots féminins en droit français : de l'inclusion à l'exclusion ? *Le genre : repenser la langue et le droit*, 2022.
- [41] Ahouanto-Chaspoul M, Linard F, Giannotti A, Viomesnil V, Phammavanh J, Vanlerberghe F, et al. Initier la PrEP en médecine de ville et envisager la santé sexuelle des personnes en situation de migration. *Sante Publique (Paris)* 2022;Vol. 34:383–90. <https://doi.org/10.3917/spub.223.0383>.
- [42] Hamila A, Baillargeon C, Zoldan Y, Armand A-R, Yahiaoui N, Beaudry C, et al. Soins intégrés auprès des personnes LGBTQI+ migrantes : la place des soins psychosociaux. *Sante Publique (Paris)* 2023;Vol. 34:241–50. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0241>.
- [43] Le Talec J-Y, Supervie V, Palich R. Acquisition du virus de l'immunodéficience humaine et parcours de vie d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et ayant émigré en France : une enquête exploratoire. *Sante Publique (Paris)* 2023;Vol. 34:151–62. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0151>.
- [44] Schantz C, Bottin M, Prost-Lançon L, Ludet L, Des Guetz G, Teixeira L, et al. Associations de lutte contre les cancers du sein en Île-de-France : quelles implications auprès des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne ? *Sante Publique (Paris)* 2024;36:47–59. <https://doi.org/10.3917/spub.244.0047>.
- [45] Beltran G. Les besoins en santé mentale des personnes migrantes LGBTI : entre orientation généraliste et soutien communautaire. *Sante Publique (Paris)* 2023;Vol. 34:251–60. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0251>.

5. CONCLUSION

Contrairement à la dépsychopathologisation des personnes homosexuelles, celle des personnes TGD s'est accompagnée de productions de discours épistémiques (Article d'introduction 2 [a02] [64]). Pour autant, ces discours n'ont pas été construits au regard du cadre normatif de référence en santé (Article d'introduction 1 [a01] [112]). Leur contenu central est celui d'enjeux nosographiques abstraits [68], éloignés des réalités épistémiques, et participant activement à des équilibres de pouvoir sociaux. Les discours de dépsychopathologisation contiennent également pour partie des discours argumentant le maintien d'une pathologisation des personnes TGD, là encore sur un substrat nosographique instable [115].

À l'intérieur de leur cadre idéologique, ces discours devraient entraîner une transformation des systèmes de santé (Article d'introduction 3 [a03] [142]). Pour autant, ces transformations ne sont pas construites dans le cadre normatif de référence, et s'affranchissent largement des productions épistémiques au profit du maintien des équilibres de pouvoir sociaux et de la reproduction des iniquités de santé (Article d'introduction 4 [a04] [151], chapitre 1.3.2. Stratégies de nomination et prédication, & chapitre 1.3.3. Utilité tactique des savoirs). Ces mécanismes sont argumentés par l'existence de controverse et incertitude scientifiques.

Les savoirs scientifiques présentent des lacunes au regard des besoins de santé des personnes TGD [77,78]. Ces lacunes sont structurelles et liées pour partie aux processus de production des recherches dominantes [70,73]. Des savoirs érudits répondant à un degré désirable de cognition et de scientificité existent et sont facilement accessibles (Article de résultats 1 [a05] [154]). Les savoirs naïfs portant sur la transformation des systèmes sont développés, convergents, et facilement intégrables au discours scientifique dominant (Article de résultats 2 [a06] [180]). Pourtant, ces savoirs sont largement subjugués avec des discours construits sur l'argumentaire non sans ironie qu'ils seraient politiques, conceptualisé à défaut d'épistémiques.

Les processus de la recherche dominante présentent des biais méthodologiques qui affaiblissent leur valeur épistémique et participent à la reproduction et la scientification de normes sociales (Article de résultats 3 [a07] [181], & Article de résultats 4 [a08] [182]). Des normes sociales, par essence politiques, apparaissent inscrites dans les processus et méthodologie de recherche où elles sont présentées comme naturelles et évidentes. Des mécanismes similaires sont constatés au niveau de la fabrique des politiques publiques de santé (Article d'introduction 4 [a04] [151], & Article de résultats 5 [a09] [160]) et des travaux d'institutions publiques (Article de résultats 3 [a07] [181] & Article de discussion 3 [a12] [222]).

Cette dimension politique des productions épistémiques, qui s'affranchit des cadres normatifs des politiques publiques et devoirs des états [19], est également apparente dans les processus de recherche participative (Article de discussion 1 [a10] [212]) et inscrite dans les conceptualisations même utilisées pour décrire le réel (Article de discussion 2 [a11] [218]).

Dans ce contexte, la production de recherches en santé trans – au sens d'une approche trans de la recherche en santé – participe au développement de sciences extraordinaires [88], en capacité d'argumenter une supériorité épistémique structurelle [86,217] et de pratiques [9,10]. Cela l'inscrit dans un mouvement de changement de paradigme en santé, déjà présent dans les textes fondateurs de l'approche contemporaine des droits humains depuis près de 80 ans [1,4,20,21]. Ces textes sont présentés comme servant de cadre de référence de la définition de la santé [1], de l'éthique des recherches en santé [4], des politiques internationales de santé publique [46], de l'agenda politique international pour le développement durable [44,185], et des obligations des états membres des Nations Unies. Pour autant, ils ne font pas partie des cadres mobilisés par les discours dominants en recherche et politiques publiques pour la santé des personnes TGD (Article de discussion 3 [a12] [222]).

Le développement de sciences extraordinaires doit contribuer à une révolution scientifique [88]. Les biais des discours de recherche et de construction des politiques publiques sont inhérents à leurs processus de production et d'interprétation [49,57], leur donnant une caractéristique structurelle. Sur cet aspect, l'adoption des droits humains comme norme indépassable appelle à une révolution sociale structurelle.

Ce travail de recherche conduit à questionner la place de la révolution scientifique au sein de cette révolution sociale. Le contrôle actuel des discours scientifiques dominants questionne la possibilité des productions épistémiques à précéder ou participer à ces transformations structurelles.

- RÉFÉRENCES -

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1946 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>
2. Amiel P, Viaila F. La vérité perdue du « code de Nuremberg » : réception et déformations du « code de Nuremberg » en France. *Revue de droit sanitaire et social*. 2009;(4):673–87. (hal-00845957) [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://hal.science/hal-00845957v1>
3. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Geneva. Geneva: World Medical Association; 1948 Sep. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-geneva>
4. World Medical Association. Déclaration D'helsinki De L'AMM -Principes Éthiques Applicables À La Recherche Médicale Impliquant Des Participants Humains. Helsinki: World Medical Association; 1964 Jun. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains>
5. United Nations - Human Rights Council. Mental health and human rights - Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights - A/HRC/34/32. United Nations. 2017 Jan. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://docs.un.org/A/HRC/34/32>
6. Chaire UNESCO Santé sexuelle et droits humains. Définitions de la santé sexuelle [Internet]. Chaire UNESCO Santé sexuelle et droits humains. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-definitions>
7. United Nations - Human Rights Council. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - A/HRC/44/48. United Nations. 2020 Apr. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://docs.un.org/en/A/HRC/44/48>
8. UNICEF - Office of Research. Child and Adolescent Mental Health and Psychological Wellbeing Across the Life Course: Towards an Integrated Conceptual Framework for Research and Evidence Generation [Internet]. Florence; 2022 Feb. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.unicef.org/innocenti/reports/child-and-adolescent-mental-health-and-psychosocial-wellbeing-across-life-course>
9. Rose D. Survivor-produced knowledge. In: Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D, editors. *This is survivor research*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009. p. 38–43.
10. Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D. *This is survivor research*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009. 1–200 p.
11. Russo J, Sweeney A. *Searching for a rose garden: challenging psychiatry, fostering mad studies*. England: PCCS Books; 2016. 1–261 p.
12. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*. 1988;11(4):11–9. doi: [10.1037/h0099565](https://doi.org/10.1037/h0099565)
13. Anthony WA. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;4(16):11–23. doi: [10.1037/h0095655](https://doi.org/10.1037/h0095655)

14. Copeland ME. Involuntary Commitment and Recovery: An Innovative Mental Health Peer Support Program [Internet]. 2006. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.wellnessrecoveryactionplan.com/involuntary-commitment-and-recovery-an-innovative-mental-health-peer-support-program-doctoral-thesis>
15. Tew J. Social perspectives in mental health developing social models to understand and work with mental distress. London: Jessica Kingsley, London, 2005; 2005. 1–240 p.
16. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstün TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. Soc Sci Med. 1999;48(9):1173–87. doi: [10.1016/S0277-9536\(98\)00441-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00441-9)
17. Retief M, Letšosa R. Models of disability: A brief overview. HTS Teologiese Studies / Theological Studies. 2018;74(1):1–8. doi: [10.4102/hts.v74i1.4738](https://doi.org/10.4102/hts.v74i1.4738)
18. World Health Organization. « Une seule santé » [Internet]. World Health Organization. 2017 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/one-health>
19. United Nations - Human Rights Council. Que sont les droits de l'homme ? [Internet]. Nations Unies. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/what-are-human-rights>
20. United Nations. La Déclaration universelle des droits de l'homme. Paris : United Nations ; 1948. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights>
21. United Nations - Human Rights Council. Charte internationale des droits de l'homme [Internet]. United Nations. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/what-are-human-rights/international-bill-human-rights>
22. United Nations - Human Rights Council. Déclaration et Programme d'action de Vienne [Internet]. United Nations. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/vienna-declaration-and-programme-action>
23. Nations Unies. Convention relative aux droits de l'enfant [Internet]. 1989 Nov. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
24. UNICEF. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) [Internet]. UNICEF. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants>
25. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. 2006. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/optional-protocol-convention-rights-persons-disabilities>
26. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) [Internet]. United Nations Enable. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
27. United Nations - Human Rights Council. Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment - A/HRC/43/49. 2020. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://docs.un.org/A/HRC/43/49>
28. European Disability Forum. European Human Rights Report. 2018. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/05/edf_-_sdgs_human_rights_report_final_accessible_0.pdf

29. 1ers Outgames mondiaux 2006. Declaration of Montreal. Montreal; 2006 Jul. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.declarationofmontreal.org/>
30. International Commission of Jurists. Yogyakarta principles: the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity [Internet]. 2007. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://yogyakartaprinciples.org>
31. Cabral Grinspan M, Carpenter M, Ehrt J. The Yogyakarta Principles plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta p [Internet]. 2017. [cited 2025 Mar 30]. Available from: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
32. Transgender Europe, ILGA-Europe. Trans Rights Map [Internet]. TGEU. 2024 [cited 2025 Jan 9]. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://transrightsmap.tgeu.org>
33. Gatseva PD, Argirova M. Public health: the science of promoting health. J Public Health (Bangkok). 2011 Jun 30;19(3):205–6. doi: [10.1007/s10389-011-0412-8](https://doi.org/10.1007/s10389-011-0412-8)
34. Winslow CEA. The Untilled Fields of Public Health. Science (1979). 1920 Jan 9;51(1306):23–33. doi: [10.1126/science.51.1306.23](https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23)
35. World Health Organization. Defining essential public health functions and services to strengthen national workforce capacity [Internet]. Geneva; 2024. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091436>
36. Baleige A. La sexualité des personnes transgenres, de genre divers et des partenaires face à l'hétéro-cis-normativité des savoirs sexologiques : une clinique est-elle possible sans une sexologie queer ? [Paris]: Université de paris & Chaire UNESCO Santé sexuelle & Droits humains; 2022. doi: [10.13140/RG.2.2.25584.64002](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25584.64002)
37. Baleige A. Peut-on aborder la sexualité des personnes trans et de genre divers sans une sexologie queer ? Paper presented at: 5ème Journée du Réseau de Santé Sexuelle Publique; 2022. Paris.
38. Baleige A, Guernut M, Moreau É. Abords sexologiques de la sexualité des personnes transgenres et de genre divers : Une analyse linguistique queer de discussions sur Reddit. Paper presented at: Journées Francophones de Sexologie et de Santé Sexuelle; 2022. Montpellier.
39. Baleige A, Guernut M, Moreau É. Impact of gender transition on sexuality and diversity of practices: a qualitative analysis of reddit discussions. Paper presented at: 23rd ESSM Congress; 2022. Rotterdam.
40. Baleige A, Guernut M, Moreau E. Impact of Gender Transition on Sexuality and Diversity of Practices: A Qualitative Analysis of Reddit Discussions. J Sex Med. 2022 Nov 1;19(Supplement_4):S55–6. doi: [10.1016/j.jsxm.2022.08.050](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.050)
41. Baleige A. L'empereur est nu... et ça tombe bien ! : Vers une perspective queer dans les formations de sexologie. Sexualités Humaines. 2023;58–62.
42. World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all. 2016. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>

43. World Health Organization. Promoting Health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration [Internet]. 9th Global Conference on Health Promotion: Shanghai 21-24 November 2016. 2018. doi: [10.1177/1942602X10397550](https://doi.org/10.1177/1942602X10397550)
44. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 70/1. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development - A/RES/70/1. 2015. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/3923923?v=pdf>
45. United Nations. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. [cited 2019 Jan 29]. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>
46. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023 [Internet]. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>
47. Wirtz AL, Restar A. Gender-affirming HIV care as a tool to end the HIV epidemic. Vol. 10, The Lancet HIV. Elsevier Ltd; 2023. p. e353–5. doi: [10.1016/S2352-3018\(23\)00087-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00087-5)
48. Cloete A, Mabaso M, Savva H, van der Merwe LLA, Naidoo D, Petersen Z, et al. The HIV care continuum for sexually active transgender women in three metropolitan municipalities in South Africa: findings from a biobehavioural survey 2018–19. Lancet HIV. 2023 Jun 1;10(6):e375–84. doi: [10.1016/S2352-3018\(23\)00059-0](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00059-0)
49. Fairclough N. Language and power. 3rd ed. Abingdon, Oxon: Routledge; 2015. 1–264 p.
50. Fairclough NL. Critical and descriptive goals in discourse analysis. J Pragmat. 1985 Dec;9(6):739–63. doi: [10.1016/0378-2166\(85\)90002-5](https://doi.org/10.1016/0378-2166(85)90002-5)
51. Wodak R. Critical Linguistics and Critical Discourse Analysis. In: Handbook of Pragmatics. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 1995. p. 204–10. doi: [10.1075/hop.m.cri1](https://doi.org/10.1075/hop.m.cri1)
52. Reisigl M, Wodak R. The Discourse-Historical Approach (DHA). In: The Routledge handbook of critical discourse studies. Oxford: Routledge; 2017.
53. Lupton D. Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. Aust J Public Health. 1992;16(2):145–50. doi: [10.1111/j.1753-6405.1992.tb00043.x](https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1992.tb00043.x)
54. Wiener N. Cybernetics: Or the Control and Communication in the Animal and the Machine. United States of America, Massachusetts: The M.I.T. Press; 1961.
55. Heylighen F, Joslyn C. Cybernetics and Second-Order Cybernetics. 2001. doi: [10.1016/B0-12-227410-5/00161-7](https://doi.org/10.1016/B0-12-227410-5/00161-7)
56. Baleige A. L'enfermement psychiatrique, entre liberté, santé, et dangerosité - Analyse critique de son articulation à la totalité du système social français - Version Originale. 2019; doi: [10.13140/RG.2.2.15520.61448/1](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15520.61448/1)
57. van Dijk TA. Critical Discourse Studies: A Sociocognitive Approach. In: Wodak R, Meyer M, editors. Methods of Critical Discourse Analysis. 2nd ed. London: SAGE; 2009. p. 62–86.
58. Ashley F. « Rapid-Onset Gender Dysphoria » - Un commentaire critique. GLAD! 2022 Dec 15;(13). doi: [10.4000/glad.5756](https://doi.org/10.4000/glad.5756)
59. Sénat. Prise en charge des mineurs en questionnement de genre [Internet]. Sénat. 2024. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.senat.fr/leg/tas23-138.html>

60. Damian-Gaillard B, Montanola S, Olivest A. Introduction. In: L'assignation de genre dans les médias : attentes, perturbations, reconfigurations. Presses universitaires de Rennes; 2014. p. 11–22.
61. Foucault M. Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir. Paris: Gallimard; 1976.
62. Collectif Intersexe Activiste - OII France. Intersexe, c'est quoi ? [Internet]. Collectif Intersexe Activiste - OII France. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://cia-oiifrance.org/intersexe-cest-quoi-2>
63. Collectif Intersexe Activiste - OII France. Foire aux questions [Internet]. Collectif Intersexe Activiste - OII France. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://cia-oiifrance.org/faq>
64. Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, Chouchane S, Martin MJ, Robles-García R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *European Psychiatry*. 2019 Jun;59:8–14. doi: [10.1016/j.eurpsy.2019.03.005](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005)
65. Khoury B, Khoury J El, Orellana AF, Daouk S, Ramadan Z, Reed GM, et al. The ICD-11 classification of gender incongruence of adolescence and adulthood: adequacy among transgender people in Lebanon. *Cult Health Sex*. 2020;0(0):1–12. doi: [10.1080/13691058.2019.1692907](https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1692907)
66. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-Martínez T, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):850–9. doi: [10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)
67. Campbell MM, Fresán A, Addinall RM, Böhmke W, Grobler GP, Marais A, et al. Experiences of gender incongruence and the relationship between social exclusion, psychological distress, and dysfunction among South African transgender adults: A field-study for ICD-11. *Ann Clin Psychiatry*. 2018 Aug;30(3):168–74. PMID: [30028890](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30028890/).
68. Robles R, Keeley JW, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Sharan P, et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2022 Jan;22(1):100281. doi: [10.1016/j.ijchp.2021.100281](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100281)
69. Serano J. Julia's trans, gender, sexuality, & activism glossary! [Internet]. 2016. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.juliaserano.com/terminology.html>
70. Riggs DW, Pearce R, Pfeffer CA, Hines S, White F, Ruspini E. Transnormativity in the psy disciplines: Constructing pathology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Standards of Care. *American Psychologist*. 2019 Nov;74(8):912–24. doi: [10.1037/amp0000545](https://doi.org/10.1037/amp0000545)
71. Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health*. 2020 Apr 2;21(2):125–37. doi: [10.1080/26895269.2020.1753136](https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136)
72. Thorne N, Yip AKT, Bouman WP, Marshall E, Arcelus J. The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *International Journal of Transgenderism*. 2019;20(2–3):138–54. doi: [10.1080/15532739.2019.1640654](https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654)
73. Nicholas L. Queer ethics and fostering positive mindsets toward non-binary gender, genderqueer, and gender ambiguity. *International Journal of Transgenderism*. 2019;20(2–3):169–80. doi: [10.1080/15532739.2018.1505576](https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1505576)
74. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. 2016 Jul;388(10042):390–400. doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)

75. Durand M. État Des Lieux De L'hétéronormativité Et Des Préjugés À L'égard Des Personnes LGBTI En France. Paris; 2022 May. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.cncdh.fr/publications/enquete-etat-des-lieux-de-lheteronormativite-et-des-prejuges-legard-des-personnes>
76. Wesp LM, Malcoe LH, Elliott A, Poteat T. Intersectionality Research for Transgender Health Justice: A Theory-Driven Conceptual Framework for Structural Analysis of Transgender Health Inequities. *Transgend Health*. 2019 Oct 1;4(1):287–96. doi: [10.1089/trgh.2019.0039](https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0039)
77. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*. 2016 Jul;388(10042):412–36. doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
78. Scheim AI, Rich AJ, Zubizarreta D, Malik M, Baker KE, Restar AJ, et al. Health status of transgender people globally: A systematic review of research on disease burden and correlates. Roberts CM, editor. *PLoS One*. 2024 Mar 11;19(3):e0299373. doi: [10.1371/journal.pone.0299373](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299373)
79. American Psychiatric Association. DSM-5-TR: *diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2022.
80. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia—a short version for primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017;21(2):82–90. doi: [10.1080/13651501.2017.1291839](https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1291839)
81. Beavan V, Read J, Cartwright C. The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of Mental Health*. 2011 Jun 1;20(3):281–92. doi: [10.3109/09638237.2011.562262](https://doi.org/10.3109/09638237.2011.562262)
82. World Health Organization, Wonca. Integrating mental health into primary care. 2008. 1–206 p. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563680>
83. Stotzer RL. Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggress Violent Behav*. 2009;14(3):170–9. doi: [10.1016/j.avb.2009.01.006](https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.006)
84. Kattari SK, Bakko M, Langenderfer-Magruder L, Holloway BT. Transgender and Nonbinary Experiences of Victimization in Health care. *J Interpers Violence*. 2021 Dec 1;36(23–24):NP13054–76. doi: [10.1177/0886260520905091](https://doi.org/10.1177/0886260520905091)
85. Bouman WP, Schwend AS, Motmans J, Smiley A, Safer JD, Deutsch MB, et al. Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*. 2017;18(1):1–6. doi: [10.1080/15532739.2016.1262127](https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127)
86. Haraway D. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*. 1988;14(3):575. doi: [10.2307/3178066](https://doi.org/10.2307/3178066)
87. Bacchi C, Goodwin S. Poststructural policy analysis : a guide to application. New York: Palgrave Macmillan; 2016.
88. Kuhn T. The Structure of Scientific Revolutions. 4. ed., 6. Chicago; 2015.
89. Preciado PB. Je suis un monstre qui vous parle. Grasset. Paris; 2020. 67–88 p.
90. Cottin C. Le stimming, symptôme indésirable ou source de fierté ? Une histoire de soutien entre pairs, d'autodétermination et de redéfinition de l'autisme. *Psychologies, Genre et Société*. 2024 May 29. doi: [10.71616/302](https://doi.org/10.71616/302)

91. Castrodale MA. Mad matters: a critical reader in Canadian mad studies. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2015 Jul 3 [cited 2019 Jan 29];17(3):284–6. doi: [10.1080/15017419.2014.895415](https://doi.org/10.1080/15017419.2014.895415)
92. Foucault Michel. Two lectures. In: Foucault Michel, Gordon C, editors. *Power/knowledge : selected interviews and other writings 1972-1977*. 1st Americ. New York: Pantheon Books; 1980. p. 78–108.
93. Kudryashov L, Dewolfe K, Stohlmann-Rainey J. *Leading Mad Lives*. 2018.
94. Gaudy N, Pluen S. Définir “trans” et autres prises de tête terminologiques [Internet]. RIFET. 2023. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://rifet.hypotheses.org/activites/atelier-etudes-trans>
95. Clochec P. Du spectre du matérialisme à la possibilités de matérialismes trans. In: Clochec P, Grunenwald N, editors. *Matérialismes Trans*. 2nd ed. Fellingering: Hystériques & AssociésEs; 2021. p. 15–64.
96. Delphy C, Leonard D. A Materialist Feminism is Possible. *Fem Rev*. 1980 Mar 1;4(1):79–105. doi: [10.1057/fr.1980.8](https://doi.org/10.1057/fr.1980.8)
97. Fricker M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Clarendon. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. 2007. 199 p.
98. Fricker M, Jenkins K. Epistemic Injustice, Ignorance, and Trans Experiences. In: Garry; Khader; & Stone, editor. *Routledge Companion to Feminist Philosophy*. 2017. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.mirandafricker.com/uploads/1/3/6/2/136236203/epistemic_injustice_ignorance_and_trans.pdf
99. von Bueltzingsloewen I. Les soins contraints en psychiatrie et la question de l'intervention du juge : héritages, enjeux, débats (1838-1990). In: *Les soins psychiatriques sans consentement*. 2015. p. 41–58.
100. Binding K, Hoche A. *The Release of The Destruction of Life Devoid of Value*. 1975.
101. Esquirol JÉ. *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*. Paris: J.B. Baillière; 1838. 862p.
102. Goffman E. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les éditions de Minuit. 1968. 447 p.
103. Moll A. *Les perversions de l'instinct génital: étude sur l'inversion sexuelle basée sur des documents*. Paris; 1893.
104. Von Krafft-Ebing R. *Psychopathia Sexualis* - 8th edition. Project Gu. 1895.
105. Hochmann J. La dégénérescence, origine et conséquences d'une théorie dommageable. In: *La folle histoire des idées folles en psychiatrie*. Odile Jacob. Paris; 2016. p. 151–72.
106. Breggin PR. Psychiatry's role in the holocaust. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*. 1993;4(2):133–48. doi: [10.3233/JRS-1993-4204](https://doi.org/10.3233/JRS-1993-4204)
107. Bleuler E. *Textbook of Psychiatry*. Vol. 17, *Southern Medical Journal*. University of Florida Libraries; 1924. 637 p.
108. Read J, Mosher LR, Bentall RP. *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd ed.). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd ed). 2004. 398 p.

109. Loiry MM, Deshoulières É. Droits et libertés des personnes transgenres : Guide pratique et modèles d'actes [Internet]. Paris; 2021 Apr. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.dilcrah.gouv.fr/ressources/guide-droits-et-libertes-des-personnes-transgenres>
110. Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [Internet]. France; 2009. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicate-du-transsexualisme-en-france
111. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, version 04/2019 [Internet]. 2019. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
112. Baleige A, Guernut M. Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies. Implications Philosophiques. 2021; [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies>
113. Kara S. Gender is not an illness: how pathologizing trans people violates international human rights law [Internet]. 2017. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://gate.ngo/gender-is-not-an-illness>
114. Transgender Europe. Guidelines to human rights-based trans-specific healthcare. 2019. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.tgeu.org/files/uploads/2023/12/TGEU-Guidelines-to-Human-Rights-Based-Trans-specific-Healthcare-EN.pdf>
115. Cabral M, Suess A, Ehrt J, Seehole TJ, Wong J. Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: a human rights perspective. Lancet Psychiatry. 2016 May;3(5):405–6. doi: [10.1016/S2215-0366\(16\)30043-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30043-8)
116. Castro-Peraza ME, García-Acosta JM, Delgado N, Perdomo-Hernández AM, Sosa-Alvarez MI, Llabrés-Solé R, et al. Gender Identity: The Human Right of Depathologization. Int J Environ Res Public Health. 2019 Mar 18;16(6):978. doi: [10.3390/ijerph16060978](https://doi.org/10.3390/ijerph16060978)
117. Reed GM. Vers la CIM-11 : créer un espace pour une diversité de perspectives. Inf Psychiatr. 2011 [cited 2019 Jan 8];87(3):169. doi: [10.3917/inpsy.8703.0169](https://doi.org/10.3917/inpsy.8703.0169)
118. Drescher J. Out of DSM: Depathologizing homosexuality. Behavioral Sciences. 2015;5(4):565–75. doi: [10.3390/bs5040565](https://doi.org/10.3390/bs5040565)
119. Martin MJ, Donnet B, Defévère J, Fitère H, Menisiez A, Gallouj R, et al. Accueil et suivi des personnes en demande de transition en soins de premiers recours : retour sur plus de dix ans d'expérience. Sante Publique (Paris). 2023 May 7;Vol. 34(HS2):269–74. doi: [10.3917/spub.hs2.0269](https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0269)
120. Askevis-Leherpeux F, Baleige A, Chouchane S, de La Chenelière M, Desmons P, Robles R, et al. Towards depsychiatrisation of transgender identity: A French study for ICD-11. Paper presented at: EPA 2018 - 26th European Congress of Psychiatry; 2018. Nice.
121. Askevis-Leherpeux F, Baleige A, Chouchane S, De La Chenelière M, Desmons P, Robles R, et al. Towards depsychiatrisation of transgender identity: A French study for ICD-11. European Psychiatry. 2018;48(March):S386. doi: [10.1016/j.eurpsy.2017.12.023](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.023)
122. de La Chenelière M, Baleige A, Martin MJ. Ending the psychiatrization of transgender people in ICD-11: a French study 2020. Paper presented at: WPATH 26th Scientific Symposium; 2020. Online.

123. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 2016;15(3):205–21. doi: [10.1002/wps.20354](https://doi.org/10.1002/wps.20354)
124. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*. 2012;24(6):568–77. doi: [10.3109/09540261.2012.741575](https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575)
125. World Health Organization. Gender incongruence and transgender health in the ICD [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>
126. World Health Organization. Social determinants of mental health. 2014. 52 p. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>
127. World Health Organization. The European Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. 2015. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175672/9789289050951-eng.pdf>
128. Gandré C, Moreau D, Coldefy M, Ben Dridi I, Morel S. Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives. *Sante Publique (Paris)*. 2022 Dec 19;Vol. 34(5):613–9. doi: [10.3917/spub.225.0613](https://doi.org/10.3917/spub.225.0613)
129. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011 Feb;10(1):52–77. doi: [10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x](https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x)
130. Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé*. 2018;7. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf>
131. Baleige A, Besnard JF, Meunier-Beillard N, Demassiet V, Monnier A, Ouezini A, et al. A collaboration between service users and professionals for the development and evaluation of a new program for cardiovascular risk management in persons with a diagnosis of severe mental illness: French multicenter qualitative and feasibility studies. *Int J Ment Health Syst*. 2019 Dec 27;13(1):74. doi: [10.1186/s13033-019-0331-6](https://doi.org/10.1186/s13033-019-0331-6)
132. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2009 Sep;20(5):348–61. doi: [10.1016/j.jana.2009.07.004](https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004)
133. Wylie K, Knudson G, Khan SI, Bonierbale M, Watanyusakul S, Baral S. Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*. 2016;388(10042):401–11. doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6)
134. Rogers FB. Medical subject headings. *Bull Med Libr Assoc*. 1963 Jan;51(1):114–6. PMID: [PMC197951](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/197951/)
135. van Eck NJ, Waltman L. VOS: A new method for visualizing similarities between objects. *Advances in Data Analysis*. 2006. 299–306 p. doi: [10.1007/978-3-540-70981-7](https://doi.org/10.1007/978-3-540-70981-7)

136. Steele LS, Daley A, Curling D, Gibson MF, Green DC, Williams CC, et al. LGBT identity, untreated depression, and unmet need for mental health services by sexual minority women and trans-identified people. *J Womens Health*. 2017;26(2):116–27. doi: [10.1089/jwh.2015.5677](https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5677)
137. Strauss P, Cook A, Winter S, Watson V, Wright Toussaint D, Lin A. Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results. Australia; 2017. doi: [10.13140/RG.2.2.19410.25284](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.19410.25284)
138. World Health Organization. QualityRights Tool Kit. 2012. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>
139. Puras D, Gooding P. Mental health and human rights in the 21st century. *World Psychiatry*. 2019;18(1):42–3. doi: [10.1002/wps.20599](https://doi.org/10.1002/wps.20599)
140. United Nations - Human Rights Council. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - A/HRC/41/34. 2019. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://docs.un.org/A/HRC/41/34>
141. United Nations - Human Rights Council. Santé mentale et droits de l'Homme - A/HRC/39/36. United Nations. 2018. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://docs.un.org/A/HRC/39/36>
142. Baleige A, de la Chenelière M, Dassonneville C, Martin MJ. Following ICD-11, Rebuilding Mental Health Care for Transgender Persons: Leads from Field Experimentations in Lille, France. *Transgend Health*. 2021 Mar 11; doi: [10.1089/trgh.2020.0143](https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143)
143. Baleige A, Denis F. Déterminants, besoins et promotion de la santé des personnes transgenres. Paper presented at: Congrès de la Société Française de Santé Publique “Agir en situation d’incertitude et de controverse : quels enseignements pour la santé publique ?”; 2021. Poitiers.
144. Baleige A, de La Chenelière M, Dassonneville C, Denis F, Martin MJ. Modelling participatory transgender care in primary care: Context, models and future of field experimentations in Lille, France. Paper presented at: 4th EPATH Conference; 2021. Online.
145. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(S1):S1–259. doi: [10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644)
146. Baleige A. L’incertitude et la controverse : les leviers épistémiques de la santé publique ? *Sante Publique (Paris)*. 2022 Jul 11;Vol. 34(HS1):0–0. doi: [10.3917/spub.220.0000](https://doi.org/10.3917/spub.220.0000)
147. Pluen S, Jutant S. Riposter face à l’incertitude par la mobilisation des savoirs et des liens communautaires. *Sante Publique (Paris)*. 2022 Jul 11;Vol. 34(HS1):1a–1a. doi: [10.3917/spub.220.0001a](https://doi.org/10.3917/spub.220.0001a)
148. Haute Autorité de Santé. Parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage [Internet]. 2022. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367504/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-note-de-cadrage
149. Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans [Internet]. Paris; 2022. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans>

150. Baleige A, Guernut M. Analyse participative et critique des politiques de santé publique : les parcours de santé des personnes transgenres. Paper presented at: Congrès 2023 de la Société Française de Santé Publique; 2023. Saint-Étienne.
151. Baleige A, Guernut M. Production des cadres normatifs des politiques de santé en contexte de crise : analyse critique lexicométrique et trans du cadrage des parcours de transition en France. *Sante Publique* (Paris). 2025, 2(37). <https://doi.org/10.3917/spub.pr2.0065>
152. Heiden S, Magué JP, Pincemin B. TXM : Une plateforme logicielle open-source pour la textométrie-conception et développement. In: JADT 2010 : 10th International Conference on the Statistical Analysis of Textual Data. Rome; 2010. p. 1–12. {halshs-00549779} [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://shs.hal.science/file/index/docid/549779/filename/Heiden_al_jadt2010.pdf
153. Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Med Res Methodol*. 2009 Dec 11;9(1):59. doi: [10.1186/1471-2288-9-59](https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59)
154. Baleige A, Guernut M, Denis F. Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire. *Sante Publique* (Paris). 2023 May 7;Vol. 34(HS2):197–211. doi: [10.3917/spub.hs2.0197](https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0197)
155. DILCRAH. Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023. 2020. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.dilcrah.gouv.fr/ressources/plan-national-dactions-pour-egalite-des-droits-contre-la-haine-et-les-discriminations-anti-lgbt-2020-2023>
156. Velter A, Dumond M. Encore trop peu d'études françaises rendent compte de la transphobie et de ses conséquences en santé publique. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2021;(6–7):128–9. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/article/encore-trop-peu-d-etudes-francaises-rendent-compte-de-la-transphobie-et-de-ses-consequences-en-sante-publique-focus>
157. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*. 2016 Jul;388(10042):412–36. doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
158. Wikipedia. Transidentité [Internet]. [cited 2023 Jan 25]. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Transidentité#Terminologie>
159. Degerman D. Maladjusted to injustice? Political agency, medicalization, and the user/survivor movement. *Citizensh Stud*. 2020;00(00):1–20. doi: [10.1080/13621025.2020.1745151](https://doi.org/10.1080/13621025.2020.1745151)
160. Baleige A. Cadre d'action de promotion de la santé reproductive : analyse critique lexicométrique et trans des politiques publiques françaises contemporaines. *Sante Publique* (Paris). 2024 Apr 5;36(1):73–80. doi: [10.3917/spub.241.0073](https://doi.org/10.3917/spub.241.0073)
161. Haute Autorité de Santé. État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire [Internet]. Paris; 2016 Jan. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615057/fr/etat-de-sante-des-personnes-en-situation-de-prostitution-et-des-travailleurs-du-sexe-et-identification-des-facteurs-de-vulnerabilite-sanitaire
162. Haute Autorité de Santé. Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS : note de cadrage. Paris; 2022 May. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615057/fr/vie-affective-et-sexuelle-dans-le-cadre-de-l-accompagnement-en-essms-note-de-cadrage

sante.fr/jcms/p_3400386/fr/vie-affective-et-sexuelle-dans-le-cadre-de-l-accompagnement-des-essms-note-de-cadrage

163. SOS Transphobie. Transphobie de la Haute Autorité de Santé [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 20]. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.sos-transphobie.org/transphobie-de-la-haute-autorite-de-sante>
164. Haute Autorité de Santé. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : consignes de remplissage : thème dossier patient SSR : campagne IQSS 2022. Paris; 2022 Mar. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_970481/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-en-etablissements-de-sante
165. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022 Aug 19 [cited 2024 Mar 1];23(sup1):S1–259. doi: [10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644)
166. the GenIUSS Group. Best practices for asking questions to identify transgender and other gender minority respondents on population-based surveys. Herman JL, editor. Los Angeles; 2014. 68 p.
167. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*. 2021 Jun 1;8(4):273–80. doi: [10.1089/lgbt.2020.0437](https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437)
168. Trujillo MA, Perrin PB, Sutter M, Tabaac A, Benotsch EG. The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*. 2017 Jan 2;18(1):39–52. doi: [10.1080/15532739.2016.1247405](https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405)
169. Cazein F, Bruyand M, Pillonel J, Stefic K, Sommen C, Lydié N, et al. Diagnostics d'infection à VIH chez des personnes trans, France 2012-2020. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2021;(20–21):395–400. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/diagnostics-d-infection-a-vih-chez-des-personnes-trans-france-2012-2020>
170. Hall R, Mitchell L, Sachdeva J. Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review. *BJPsych Open*. 2021 Nov 1;7(6):e184. doi: [10.1192/bjo.2021.1022](https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022)
171. Boyd I, Hackett T, Bewley S. Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach. *Healthcare*. 2022 Jan 7;10(1):121. doi: [10.3390/healthcare10010121](https://doi.org/10.3390/healthcare10010121)
172. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review. *J Sex Med*. 2016 Apr;13(4):613–26. doi: [10.1016/j.jsxm.2016.02.001](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001)
173. Organisation for Economic Co-operation and Development. Panorama de la société 2019. Éditions d. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019. 135 p. (Panorama de la société). doi: [10.1787/e9e2e91e-fr](https://doi.org/10.1787/e9e2e91e-fr)
174. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, Higa DH, Sipe TA. Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006–2017. *Am J Public Health*. 2019 Jan;109(1):e1–8. doi: [10.2105/AJPH.2018.304727](https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727)

175. Adams NJ, Vincent B. Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review. *Transgend Health*. 2019 Oct 1;4(1):226–46. doi: [10.1089/trgh.2019.0009](https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0009)
176. Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Sämffjord A, Gillberg C. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) Epidemiology. Chen R, editor. *PLOS Global Public Health*. 2022 Mar 9;2(3):e0000245. doi: [10.1371/journal.pgph.0000245](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000245)
177. Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2016 Jun;64(4):240–54. doi: [10.1016/j.neurenf.2016.04.003](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.04.003)
178. Thrower E, Bretherton I, Pang KC, Zajac JD, Cheung AS. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *J Autism Dev Disord*. 2020 Mar 15;50(3):695–706. doi: [10.1007/s10803-019-04298-1](https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1)
179. Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Sämffjord A, Gillberg C. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 2) mental health. Chen R, editor. *PLOS Global Public Health*. 2022 May 4;2(5):e0000426. doi: [10.1371/journal.pgph.0000426](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000426)
180. Baleige A, Guernut M, Denis F. Impact of Depsychopathologization of Transgender and Gender Diverse Individuals in ICD-11 on Care Delivery: Looking at Trans Expertise through a Trans Lens. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 14;19(20):13257. doi: [10.3390/ijerph192013257](https://doi.org/10.3390/ijerph192013257)
181. Baleige A, Guernut M, Denis F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 22;19(19):11983. doi: [10.3390/ijerph191911983](https://doi.org/10.3390/ijerph191911983)
182. Baleige, A., & Denis, F. (2025). A Trans and Queer Discursive Approach to Gender Diversity and Misgendering in the Transgender and Gender Diverse Population: Queering a Study for ICD-11. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(2), 178. doi: [10.3390/ijerph22020178](https://doi.org/10.3390/ijerph22020178)
183. Scholz R. Lexicometry: A Quantifying Heuristic for Social Scientists in Discourse Studies. In 2019. p. 123–53. doi: [10.1007/978-3-319-97370-8_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-97370-8_5)
184. Khelifi H. La lexicométrie : un outil efficient pour l'analyse du discours. In: *Colloque international Médias numériques, langues, discours, pratiques et interculturalité*. Agadir; 2016. p. 161–161. { hal-01730406f}. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01730406/document>
185. Dorey K, O'Connor J, International S. The sustainable development goals and LGBT inclusion [Internet]. 2016. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.stonewall.org.uk/resources/lgbt-inclusion-and-sustainable-development-goals>
186. Rose D. Participatory research: real or imagined. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(8):765–71. doi: [10.1007/s00127-018-1549-3](https://doi.org/10.1007/s00127-018-1549-3)
187. Baleige A, Denis F. Recherche par les survivants et enjeux épistémiques de la recherche participative : application à la promotion de la santé des personnes transgenres. Paper presented at: *Recherches participatives en santé et bien-être des populations : défis et pratiques*; 2022. Online: IRESP. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=iLqSO6BEIlg>
188. Baleige A. Éthique et confiance en santé trans. Paper presented at: *Journée de l'éthique interdisciplinaire : Éthique et confiance en santé*. Tours: Université de Tours; 2024 [cited 2025 Jan 10]. [cited

2025 Mar 30]. Available from: <https://www.canal-u.tv/chaines/irji/12-anna-baleige-medecin-psychiatre-et-doctorante-en-sante-publique-rattachee-a-l-ees>

189. World Bank. World Bank Country and Lending Groups. World Bank. 2021.

190. United Nations Evaluation Group. UNEG Quality Checklist for Evaluation Reports [Internet]. 2010. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.unevaluation.org/uneg_publications/uneg-quality-checklist-evaluation-reports

191. Baleige A, Guernut M, Denis F. Participation of transgender and gender diverse people in the development of primary health care based on the free and informed consent model: A thematic synthesis of community resources. Paper presented at: 94th EGPRN Meeting; 2022. Istanbul: EGPRN.

192. Baleige A, Guernut M, Denis F. Meeting Health Needs of Transgender and Gender Diverse People in Primary Care based on Free and Informed Consent. Paper presented at: 27th WONCA Europe Conference; 2022. London: WONCA.

193. Baleige A, Guernut M, Denis F. Promoting Access of Transgender and Gender Diverse People to Primary Care: A systematic review of activist literature. Paper presented at: 27th WONCA Europe Conference; 2022. London: WONCA.

194. Baleige A. Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale : une analyse thématique de la littérature militante. [Paris]: Université Paris-Diderot; 2020. doi: [10.13140/RG.2.2.15694.48964](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15694.48964)

195. Baleige A, Guernut M, Denis F. Risk reduction strategies for transgender people regarding sexually transmitted diseases and health promotion: a systematic review of activist literature. Paper presented at: 23rd ESSM Congress; 2022. Rotterdam: ESSM.

196. Baleige A, Guernut M, Denis F. Behaviors and challenges for transgender people accessing reproductive health: a systematic review of activist literature. Paper presented at: 23rd ESSM Congress; 2022. Rotterdam: ESSM.

197. Baleige A, Guernut M, Denis F. Behaviors and Challenges for Transgender People Accessing Reproductive Health: A Systematic Review of Activist Literature. J Sex Med. 2022 Nov 1;19(Supplement_4):S63–4. doi: [10.1016/j.jsxm.2022.08.069](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.069)

198. Baleige A, Guernut M, Denis F. Risk Reduction Strategies for Transgender People Regarding Sexually Transmitted Diseases and Health Promotion: A Systematic Review of Activist Literature. J Sex Med. 2022 Nov 1;19(Supplement_4):S63–S63. doi: [10.1016/j.jsxm.2022.08.067](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.067)

199. World Health Organization. Handbook for good clinical research practice (GCP): guidance for implementation. World Health Organization; 2005. 125 p. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43392/924159392X_eng.pdf;sequence=1

200. Reinert M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. Vol. 26, Bulletin de Méthodologie Sociologique. 1990. 24–54 p. doi: [10.1177/075910639002600103](https://doi.org/10.1177/075910639002600103)

201. Camargo BV, Justo AM, Forte T. Iramuteq: R Interface for Multidimensional Analysis of Texts and Questionnaires [Internet]. 2016. [cited 2025 Mar 30]. Available from: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/IRaMuTeQ%20Tutorial%20translated%20to%20English_17.03.2016.pdf

202. Ozolins U, Hale S, Cheng X, Hyatt A, Schofield P. Translation and back-translation methodology in health research – a critique. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2020 Jan 2;20(1):69–77. doi: [10.1080/14737167.2020.1734453](https://doi.org/10.1080/14737167.2020.1734453)
203. World Health Organization. Translation and Linguistic Evaluation Protocol and Supporting Material. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. 2010;1–8. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>
204. Skianis K, Briand Y, Desgrippes F. Evaluation of Machine Translation Methods applied to Medical Terminologies. In: *Proceedings of the 11th International Workshop on Health Text Mining and Information Analysis*. Stroudsburg, PA, USA: Association for Computational Linguistics; 2020. p. 59–69. doi: [10.18653/v1/2020.louhi-1.7](https://doi.org/10.18653/v1/2020.louhi-1.7)
205. Alpheratz. Le genre neutre en français, expression d'enjeux du XXI^e siècle. In: Fagard B, Llorec-Tallet G, editors. *Entre masculin et féminin Français et langues romanes*. Paris: Presses de la Sorbonne Nouvelle; 2021. p. 221–46.
206. Sauter T, Gyax P, Tibblin J, Escasain L, Sato S. « L'écriture inclusive, je ne connais pas très bien... mais je déteste ! » . *GLAD!* 2023 Jul 12;(14). doi: [10.4000/glad.6400](https://doi.org/10.4000/glad.6400)
207. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Paris; 2017. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
208. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 : priorité prévention rester en bonne santé tout au long de la vie. Paris; 2021. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf
209. Commission des 1000 premiers jours. Les 1000 premiers jours : là où tout commence. Paris; 2020 Sep. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/>
210. Ministère des Solidarités et de la Santé. Charte nationale de soutien à la parentalité. Paris; 2022. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_nationale_de_soutien_a_la_parentalite.pdf
211. Baleige A, Denis F. Promouvoir l'accès des personnes transgenres aux soins de santé mentale. Paper presented at: 13^e Congrès Français de Psychiatrie; 2021. Montpellier: SFP.
212. Baleige A. La recherche avec des monstres : contextualisation politique des recherches participatives. *Sante Publique* (Paris). 2024;(35(HS2)):91–6. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-HS2-page-91?lang=fr>
213. Sun T, Gaut A, Tang S, Huang Y, ElSherief M, Zhao J, et al. Mitigating gender bias in natural language processing: Literature review. *ACL 2019 - 57th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics, Proceedings of the Conference*. 2020;(2017):1630–40. doi: [10.18653/v1/p19-1159](https://doi.org/10.18653/v1/p19-1159)
214. Shearer E, Martin S, Petheram A, Stirling R. Racial Bias in Natural Language Processing: Research report, August 2019. Oxford Insights. 2019. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://oxfordinsights.com/wp-content/uploads/2024/07/SHARED_-Racial-Bias-in-Natural-Language-Processing.pdf

215. Tomalin M, Byrne B, Concannon S, Saunders D, Ullmann S. The practical ethics of bias reduction in machine translation: why domain adaptation is better than data debiasing. *Ethics Inf Technol*. 2021 Sep 6;23(3):419–33. doi: [10.1007/s10676-021-09583-1](https://doi.org/10.1007/s10676-021-09583-1)
216. Nadal KL, Whitman CN, Davis LS, Erazo T, Davidoff KC. Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *The Journal of Sex Research*. 2016 May 3;53(4–5):488–508. doi: [10.1080/00224499.2016.1142495](https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495)
217. Haraway D. The promises of monsters: a regenerative politics for inappropriate/d others. In: Grossberg L, Nelson C, Treichler P, editors. *Cultural Studies*. 1st Edition. New York: Routledge; 1991.
218. Baleige A, Goï C. Le cisnormativisme épistémique de l'identité trans contemporaine : Quand les autres décident de qui vous avez le droit d'être. *L'Année de la recherche en sciences de l'éducation*. 2023;71–90.
219. Ashley F. The Misuse of Gender Dysphoria: Toward Greater Conceptual Clarity in Transgender Health. *Perspectives on Psychological Science*. 2019; doi: [10.1177/1745691619872987](https://doi.org/10.1177/1745691619872987)
220. Turban JL, Dolotina B, King D, Keuroghlian AS. Sex Assigned at Birth Ratio Among Transgender and Gender Diverse Adolescents in the United States. *Pediatrics*. 2022 Sep 1;150(3). doi: [10.1542/peds.2022-056567](https://doi.org/10.1542/peds.2022-056567)
221. Eliacheff C, Masson C. *La fabrique de l'enfant transgenre*. L'Observatoire. Paris; 2022.
222. Baleige A. Accès aux savoirs sur la santé des personnes transgenres et de genre divers dans Santé Publique : une perspective trans bibliométrique et lexicométrique. *Santé Publique* [under review]. 2025.

Anna DOKCHINE

La santé trans

Enjeux et perspectives de santé publique en contexte occidental contemporain

Introduction. Le développement de politiques publiques et la production de savoirs en santé des personnes transgenres et de genre divers (TGD) est une nécessité qui s'inscrit dans un climat politique dominé par des discours d'incertitude et de controverse. Ce travail interroge la prise de décision, la subjugation des savoirs, et la reproduction des injustices sociales au niveau épistémique. Il participe au développement de la santé trans comme approche inter-transdisciplinaire de la santé construite à partir du vécu et des productions épistémiques des personnes TGD. *Matériels & Méthodes.* Produit dans le cadre des droits humains et mobilisant l'analyse critique de discours, survivor research, queer studies, et trans studies, il aborde la production des savoirs académiques au regard des savoirs communautaires, et leur mobilisation dans les politiques publiques en trois étapes successives : la formalisation des savoirs communautaires, les biais systémiques dans la production académique, et une analyse critique des politiques publiques françaises de santé reproductive. *Résultats.* Des savoirs communautaires érudits et naïfs existent et sont facilement accessibles. Les processus de la recherche dominante présentent des biais méthodologiques qui affaiblissent leur valeur épistémique et participent à la reproduction et la scientification de normes sociales. Des mécanismes similaires sont constatés au niveau de la fabrique des politiques publiques de santé. *Discussion.* Ces cadrages et résultats sont discutés au regard de l'abstraction épistémique dominante des droits fondamentaux, qui s'appuie sur la subjugation des savoirs communautaires au service de la reproduction de normes sociales à travers les processus de recherche. A travers la pleine adoption des droits humains comme norme scientifique, la santé trans apparaît comme un élément pouvant contribuer à une révolution scientifique nécessaire.

Mots-clés : Personnes Transgenres ; Minorités de Genre ; Politique de Santé ; Savoir ; Droits de l'Homme.

Introduction. Developing public policies and producing knowledge on the health of transgender and gender-diverse (TGD) people are essential in a political climate dominated by discourses of uncertainty and controversy. This work questions decision-making, subjugation of knowledge, and reproduction of social injustices at the epistemic level. It contributes to the development of trans health as an inter-transdisciplinary approach to health built on the lived experience and epistemic productions of TGD individuals. *Materials & Methods.* Produced within a human rights framework and mobilizing critical discourse analysis, survivor research, queer studies, and trans studies, it tackles academic knowledge production in relation to community knowledge, and its use in public policy in three successive stages: formalization of community knowledge, systemic biases in academic production, and a critical analysis of French reproductive health public policies. *Results.* Scholarly and naïve community knowledge exists and is easily accessible. However, dominant research processes display methodological biases weakening their epistemic value and contributing to the reproduction and scientification of social norms. Similar mechanisms can be observed in the making of public health policies. *Discussion.* These framings and results are discussed in relation to the dominant epistemic abstraction of fundamental rights, based on subjugating community knowledge in the service of reproducing social norms through research processes. Regarding the full adoption of human rights as a scientific standard, trans health appears as a potential contributor to a necessary scientific revolution.

Keywords: Transgender Persons; Sexual and Gender Minorities; Health Policy; Knowledge; Human Rights.