Genre et santé

Entre emprise, déprise et reprise dans les parcours de transition

Anastasia Meidani

Introduction – Du thématique au général. La santé trans en France

Cet article débute par un constat : celui de la lente mais percutante entrée des *trans studies* dans les préoccupations des études de genre et de santé en France (Hérault, 2004 ; Espineira, 2008, Alessandrin, 2012) qui tendent à relier les transitions individuelles et les questions de santé publique (Giami, 2011 ; Bujon, 2013). Des interrogations pragmatiques quant aux ressources mobilisables durant la transition ont permis de rendre compte des parcours de soins et des parcours biographiques plus ou moins soumis à un sentiment d'incertitude (Erhenberg, 1999 ; Martuccelli, 2002). Ces recherches ont mis à jour quantité d'angles morts sur la santé des personnes en transition (Giami, 2011 ; Meidani et Alessandrin, 2017) et insistent notamment sur la dimension conflictuelle des relations soignant.e.s / soignée.e.s au sein des protocoles en charge des parcours de changement de sexe dictés par le prisme de la santé psychiatrique. Au sein de ces recherches des thématiques variées mais toujours isolées ont vu le jour autour de la santé des personne trans, telles le VIH (Almeida *et al.*, 2008) ou la santé reproductive (Hérault, 2014).

Dans ce contexte, en 2014, nous [1] avons initié une recherche soutenue par le Cancéropôle Grand Sud-Ouest, sur la question du cancer dans les parcours de transitions [2]. Plus récemment, en 2017 la DILCRAH (Direction interministerielle de lutte contre

1. Anastasia Meidani et Arnaud Alessandrin, « Trans et cancer : nouvelle population à risques ? » CGSO, 2014.

2. Si quelques rares études attestent de la sur-exposition des personnes trans à des pratiques à risques, nous ne connaissons pas grand-chose des effets iatrogènes des protocoles endocriniens et chirurgicaux (IGAS, 2011), ni même les éléments préventifs mis à disposition de cette population. En France tout du moins, car des pistes de recherches ont déjà été publiées à l'étranger.

le racisme, l'antisémitisme et l'homophobie [3]) a financé un projet de recherche qui embrasse différentes entrées par pathologie dont le cancer et interroge la place que l'expérience cancéreuse occupe dans la communauté LGBTQI. Ces recherches visaient plus précisément à comprendre ce qui, dans l'expérience des transitions, permettait d'appréhender les pathologies cancéreuses notamment en lien avec les prises d'hormones. À cet égard, un travail comparatif de la littérature disponible en ce domaine fut réalisé. Mais plus encore, ces recherches se sont engagées à comprendre dans quels contextes intervenait, lorsqu'elle intervenait, la question des prises de risques et notamment du risque cancer dans les transitions. Prenant en considération l'ensemble des spécialités mobilisées lors des transitions (médecine générale, chirurgie plastique de secteurs public et privé, endocrinologie, dermatologie, etc. . .) et qui composent, selon de récentes enquêtes (Giami, 2011), la majeure partie des parcours, ces recherches explorent donc les données recueillies en lien avec le risque cancer soupçonné ou diagnostiqué. Ainsi ont été observés les facteurs d'exposition au risque cancer, les campagnes de prévention portant sur cette même thématique, la prise en charge des personnes trans dans le cadre des parcours de soins en cancérologie, la prise en compte du risque cancer dans les relations soignant.e.s / soigné.e.s. À présent, il s'agit pour nous de porter un regard plus transversal sur ce qui se joue en termes de rapport au corps et à la santé globale des personnes trans en France, en posant la question suivante : dans quelle mesure la notion de la déprise (Bathe et al., 1988) peut-nous aider à les étudier ? Ce faisant, nous opérons un glissement de la question particulière du cancer à celle de la santé globale, en incluant l'ensemble des acteurs et des dispositifs qui concourent à l'élaboration des parcours de soins et des parcours de genre de cette population. De la sorte, nous incluons également des questions de mise en vulnérabilité, face au constat que les identités de genre et les parcours de santé parviennent à interférer l'une avec l'autre.

Cet exercice nous permettra, sinon de rendre intelligible les parcours de santé trans, du moins de proposer une grille de lecture afin de combler le déficit de travaux situés à la croisée des regards sociologiques portant sur le genre et la santé. Sur ce point, il convient de souligner les productions (surtout internationales) croissantes, mais peu poreuses, entre les différentes disciplines (en SHS et en médecine) qui se sont penchées sur cette thématique. Il s'agira alors de travailler le lien entre « parcours trans » et « santé » avec des concepts qui ne sont pas toujours connus des travaux en « études de genre » mais plutôt dans la sociologie du vieillir (à l'image de la déprise) et, par là même, augmenter l'épaisseur conceptuelle des analyses en *trans studies*.

Pour ce faire, nous proposons de revenir sur nos enquêtes respectives, autour de trois questions principales. Premièrement, comment cerner les expériences de santé des personnes trans dans la diversité de leurs parcours et de leurs identités de genre en prêtant une attention soutenue à la construction sociale du corps en transition (Alessandrin, 2012) ? Deuxièmement, comment décrire les pratiques de soins (à un triple niveau préventif, curatif et/ou palliatif), et plus généralement les pratiques corporelles qui accompagnent ces expériences de santé et analyser les interactions soignant.e.s / soigné.e.s qui les supportent ? Enfin, comment comprendre et étudier

3. Sous la direction de Johanna Dagorn, Arnaud Alessandrin, Anita Meidani, Gabrielle Richard et Marielle Toulze.

les effets de ces parcours de soins sur l'organisation et le contenu des pratiques de santé de la population trans et, plus globalement, sur le processus de transformation de sa corporéité.

Élaborer ce triple objectif revient à examiner ce que font les parcours de santé trans aux carrières de genre mais aussi à leurs corps et, inversement, ce que font les identités trans à l'organisation des carrières de santé des corps en transition. D'un point de vue analytique, cette dialectique semble épouser la forme de quatre axes distincts et consubstantiels : celui de l'emprise, de déprise et de reprise que nous proposons d'interroger ici.

1 Emprise psychiatrique : les enjeux de médicalisation des corps trans

Les recherches en *trans studies* mettent l'accent sur le poids et les enjeux de la psychiatrisation des parcours trans tant du point de vue de la stigmatisation que cela induit que du remboursement des soins que cela permet. Pour le dire autrement, si pour une majeure partie de la population trans, les protocoles hospitaliers établis afin de suivre les parcours de changement de sexe sont fuis du fait d'une mauvaise réputation notamment, ils restent pour d'autres des éléments sécurisants en vue d'un parcours balisé et remboursé. C'est le cas notamment pour les plus âgées et les moins instruites des personnes trans que nous avons rencontrées. Loin de toute homogénéisation, ces parcours de santé tantôt « protocolarisés » tantôt « libres », sont toutefois marqués par les conditions psychiatriques qui visent à en endiguer, définir et diagnostiquer les transitions. Dans ce cadre, il s'agit d'interroger les ressources et les écueils produits par la psychiatrisation des parcours trans. Nous posons alors la question de savoir quelle est l'expérience de l'usage, ou du non usage, des protocoles hospitaliers de changement de sexe dans les parcours de soins et leur impact sur la santé en général et le risque cancer en particulier ainsi que le rapport au corps des personnes trans.

Afin de répondre à cette question, dont nous verrons qu'elle se déploie autour de pistes géographiques et biographiques, il convient d'entendre les définitions psychiatriques des transidentités, notamment celles de la CIM et du DSM (Alessandrin, 2014) comme autant d'emprises conceptuelles sur les parcours. La notion d'emprise psychiatrise permet d'esquisser, au prisme de la question trans, un triple processus. D'une part, elle indique une emprise définitionnelle qui, aujourd'hui, souffre de mises en concurrences théoriques nombreuses. Nous pourrons, par exemple, noter que, sur la base de définitions psychiatriques surplombantes, la psychiatrie a su produire une « transsexualité » dénuée de pluralisme expérientiel y compris en matière de santé. Ces considérations cliniques ont eu pour effet premier d'endiguer les demandes transidentitaires dans le corset « transsexuel » psychiatrique.

Renvoyées aux « solutions » psychanalytiques (le divan, « l'hypnose », ou « des techniques de conditionnement »), les personnes trans sont notamment pensées comme des individus « hors sexualité » - au même titre d'ailleurs que les personnes vieillissantes. À propos du regard médical, nous pourrions sans doute reprendre l'expression de Michel Foucault en parlant de médicalisation de l'insolite sexuel, ce programme qui, selon le philosophe, dramatise des moments troubles. Et si, à première vue, comme

le souligne Laurence Hérault (2010), la sexualité n'a pas à voir avec ce qui est défini médicalement comme « *un trouble de l'identité de genre* », une dysphorie, on note néanmoins la présence implicite des critères sexuels dans « la clinique du 'transsexualisme' », ou alors cette tendance fâcheuse à l'éclipser, voire à l'annuler – une absence qui devient particulièrement significative laissant place aux imaginaires collectifs qui opèrent chez les praticien.ne.s. Comme le souligne l'anthropologue, le programme du « transsexualisme » marginalise la sexualité ou l'indexe en un élément d'évaluation.

Dans les parcours trans et les consultations obligatoires des trans avec le psychiatre, « ce qu'il faut dire » et « ce qu'il faut taire » deviennent des enjeux majeurs. Les révélations sur la sexualité, en fonction des praticiens, se doivent alors d'être mesurées. Diane [4], MtF, a 31 ans et dans l'esprit de l'équipe des soignant.e.s qui la suit, tout est encore possible. Diane suit le même psychiatre depuis quatre ans dans l'espoir d'une opération. La question de la sexualité est toujours source de conflit.

> « La dernière fois que je l'ai vu, il m'a demandé si, après l'opération, j'allais être passif ? Sur le coup j'ai pas su quoi répondre. Et puis je lui ai dit que si j'avais à choisir je serais plutôt "passive". Il a rigolé et je lui ai répondu que si la question c'était de savoir si j'envisageais de refaire ma vie avec un homme, et bien la réponse était "oui". »

Mais la notion d'emprise souligne également, au-delà d'un endiguement des parcours, un processus de reconnaissance (en termes de remboursements notamment). On entendra dans le processus de reconnaissance, une triple dimension du sujet « malade » : s'il s'agit de se (re)connaître parfois *par* et *dans* les mots de la maladie, il s'agit tout autant d'être reconnu comme « transsexuel » ou « dysphorique de genre », lorsque les carrières de santé et de genre nécessitent un remboursement des opérations ou engagent dans des procédures de changement d'État Civil. On distinguera alors deux logiques de subjectivation qui font entrer en résonance dans l'« emprise psychiatrique » et les « parcours trans » : un « transsexualisme » de conviction et un « transsexualisme » de responsabilité. Dans le premier cas, l'individu a la conviction qu'il est « atteint » de « transsexualisme » ou de « dysphorie de genre » et, de ce point de vue, l'emprise psychiatrique par les termes de la médecine est relativisée. Dans le second cas, ce sont les normes et les injonctions sociales et médicales qui font accepter l'usage d'un terme qui, politiquement ou subjectivement, ne correspond pas aux appréciations de la personne.

Louise a 47 ans. Cadre supérieure, elle assume pleinement être une « femme transsexuelle », comme elle se présente. Pour elle, « le transsexualisme est une maladie ». Et lorsqu'on lui suggère des termes comme « trans » ou « transgenres » elle les réfute, arguant que « si les transsexuelles se font opérer c'est parce qu'elles souffrent ». L'immédiate consonance entre « discours médical » et « discours du patient », s'il révèle une emprise lexicale, doit cependant être fortement nuancée par deux critères. En effet, chez les personnes rencontrées, les jeunes trans semblent moins enclins à recourir à ces schèmes définitionnels. Enfin, ce que nous nommons « emprise psychiatrique » trouve également des répercutions dans les représentations qui traversent la question trans,

4. Tous les prénoms employés renvoient à des pseudonymes.

dans les représentations véhiculées par les médias notamment (Espineira, 2015), mais aussi dans les représentations des proches, de l'entourage (Ehrensaft, 2011), venant alors directement impacter les interactions dans la famille ou à l'école (Alessandrin, 2016b). Une chose semble certaine, l'avancée en âge rime avec la sclérose de ce carcan sémantique.

2 Déprise géographique et recompositions numériques

Dans un contexte de forte emprise psychiatrique, et alors que nous pouvions nous attendre à une convergence des parcours trans autour des centres hospitaliers en charge des changements de sexe (au nombre de cinq en France jusqu'à récemment : Marseille, Bordeaux, Lyon et deux à Paris), nous nous confrontons plutôt à un éparpillement des parcours de santé, dont les ressources, rares et incertaines, mais qui se structurent progressivement, sont clairsemées à travers un territoire bien plus large. Nous pourrions presque affirmer que si certains de ces protocoles de soins ont été faits *pour* les personnes trans, ils demeurent pour partie des protocoles *contre* les personnes trans. Éloignements, diagnostics différentiels excluants, sur-psychiatrisation : les motifs de rupture, disons le autrement, de déprise d'une psychiatrisation des transitions sont, ici, actés. Il conviendra toutefois de souligner que de nombreuses associations d'entre-aide trans ne partagent pas ce constat. En effet, pour une franche non négligeable de la population et qualitativement plus âgée, moins diplômée aussi, il semblerait que les protocoles fuis par beaucoup restent des lieux de reconnaissance, de suivi et d'accompagnement nécessaires pour d'autres.

Un marché des soins se met donc progressivement en place et se structure en fonction des réputations des praticiens et des retours associatifs (Alessandrin, 2012). Pour concurrencer les équipes en place dans les hôpitaux, les associations, les personnes trans elles-mêmes parfois, mettent en place des ressources venant en aide à d'autres personnes trans, sans que ces ressources soient nécessairement situées autour d'un.e psychiatre ou d'un.e chirurgien. Plus encore qu'un désengagement, il s'esquisse ici des « pas de côté », des mutations, des bifurcations dans les parcours de soins, autant de leviers de reprise pour poursuivre l'objectif recherché, et qui s'affine avec le temps. Ce qui s'entend par ailleurs en termes d'avis médical contraire, est alors déployé dans des marchés de soins « innovants ».

À cet égard, notre enquête permet d'établir une nouvelle ethnographie des carrières de santé trans, en prenant en compte l'ensemble des praticien.ne.s mobilisé.e.s dans les parcours individuels et collectifs de transition. Ici, la dimension virtuelle des réseaux de soins doit être appréhendée. Cet élément précis dessine une rupture non négligeable entre les personnes trans jeunes et plus âgées, résidentes de zones urbaines ou non, bien souvent, plus ou moins familières d'Internet. C'est donc d'un changement de paradigme qu'il s'agit. Les personnes trans ne sont plus simplement des "malades", ni même des "patients" « passifs », mais deviennent des consommateurs avertis des soins qui leur sont proposés (Gaglio, 2010), des « consom'acteurs » en quelque sorte d'une nouvelle économie des changements sexués et genrés et ceci indépendamment de l'âge. De ce point de vue la place d'Internet devient centrale.

On entend dans ces propos la définition proposée par Joëlle Kivitz des « patients informés » (2006) :

> « Le patient informé est une notion qui renvoie aux capacités des gens à rechercher plus d'informations que celles délivrées par les professionnels de la santé et de la médecine. En cela le patient informé constitue un savoir spécifique qui peut être invoqué contre le savoir médical du praticien. »

Ce basculement d'un patient « agi » à un patient « sachant » va de pair avec la déprise de la psychiatrie face aux nouvelles demandes de transitions ou de modifications, qui ne sont plus uniquement superposables aux processus de transsexualisation. Internet ne favorise pas alors simplement la vulgarisation et la diffusion des savoirs en termes de santé, mais plus encore, il rompt avec la rhétorique académique et invite à un savoir en train de se faire, mis en controverse. De ce fait, les politiques publiques ne peuvent plus ignorer l'importance d'Internet, et plus généralement des services d'informations dans les politiques de santé : que ce soit au niveau des nouveaux métiers de l'information dans les réseaux de santé ou la prise en compte des patients passeurs de connaissances et d'expériences. Luigi Flora (2014) propose ainsi une typologie de ces nouveaux acteurs de la santé dont quelques-uns nous intéressent ici : l'usager-expert (il compare les offres de soins et se documente), ou le militant associatif qui, lui, fédère et met en place des mouvements collectifs. Flora propose enfin le terme de médiateur et le représentant des usagers, capable d'être un informateur de choix, connu et reconnu par les individus et les pouvoirs publics, *les acteurs de recherche* ainsi que *les patients formateurs*, signes par excellence d'une professionnalisation des profanes. Là aussi les personnes trans les plus âgées sont surreprésentées.

Comme le souligne Cécile Méadel, s'informer réside aussi dans l'interconnaissance. Les principes des forums actifs, des figures médiatiques ou des noms et surnoms connus, participent de l'échange de connaissances et de leur popularisation. En reprenant certaines figures présentées par Luigi Flora, les sites et forums trans recouvrent quelques caractéristiques propres à la recomposition du rôle de patient dans l'univers du soin. Si l'on rencontre des militants et des usagers d'Internet, concernés ou non par la question, on aperçoit aussi d'autres fonctions clairement identifiées, plus collectives :

Communiquer – Les sites des associations comme l'ANT (Association nationale transgenre) communiquent sur leurs actions en interpellant notamment les pouvoirs publics à l'aide de communiqués. Communiquer passe aussi par l'utilisation de nouveau supports, clips, vidéos (comme le montre le site communautaire « Voilà les T », ou des chaînes Youtube de personnes trans).

Sensibiliser – D'autres actions associatives comme celle de l'association Chrysalide de Lyon sont plus centrées sur la sensibilisation, c'est-à-dire l'ouverture en direction des sphères sociales et professionnelles sous la forme de livrets par exemple. La question de la sensibilisation santé est ici particulièrement active, au même titre que la lutte contre la transphobie et les problèmes du quotidien.

Échanger – C'est la fonction première des associations, l'auto-support, que l'on retrouve sur Internet, et notamment *via* Facebook. C'est par exemple le cas du

groupe Facebook de l'association bordelaise Trans 3.0 qui connaît tous les jours de nouvelles demandes émanant de membres de l'association ou de nouveaux arrivants. Ce rôle est aussi joué, de manière plus informelle, par des forums qui ne sont pas nécessairement liés à des structures associatives.

Activer – Au sens premier de la minorité active, c'est-à-dire proposer des alternatives de pensées et de fonctionnement. C'est par exemple le cas de l'association OUTrans qui développe des outils théoriques, écrits pour penser une action trans, des actions de santé aussi, d'un point de vue féministe. Sous cet angle, ces associations mènent aussi des recherches-actions en proposant des sondages, des enquêtes et des formations, souvent financées par l'INPES.

La richesse des informations et des supports de visibilité sur Internet, ainsi que la prise en compte de ces réseaux dans les systèmes de soins et de prévention, invitent à poser la question des effets de cette connaissance accumulée, comparée, mise en controverse, notamment chez les plus âgées des personnes de la communauté transgenre. Ainsi les savoirs sur les cas et les connaissances sur les causes, rebattent les cartes de la répartition des espaces de conflits et de pouvoir dans l'univers des soins. Ainsi, dans ce glissement d'une logique de monopole à une logique de concurrence, à l'emprise psychiatrique semble se heurter des déprises géographiques et des reprises biographiques saisissantes.

Depuis quelques années, un autre mouvement semble reprendre de la vigueur :

Témoigner – Ce qui avait été une première vague de sensibilisation aux questions trans, avec l'arrivée massive de livres biographiques dans les rayons de librairies et avec de nombreuses émissions sensationnelles sur ces parcours, est aujourd'hui remplacé par des vidéos et des pages Facebook, Twitter et Youtube très suivies (comme celle d'Adrian de la Vega).

Rassembler – Si les Assemblées Générales d'associations trans ou bien encore des mouvements comme l'existrans se donnaient ce rôle de "rassembleurs" associatifs, de nouveaux collectifs trans comme CST+ (Collectif Santé Trans +) ou bien encore la Fédération Trans et Intersexes, solidifient ce mouvement.

3 Reprises biographiques

Deux des engagements dans des marchés concurrentiels du soin apparaissent alors : le premier relatif à un « choix », le second à une « nécessité » (même si l'opposition entre choix et nécessité est pour partie aporétique). Pour rendre compte de l'impact de l'âge et de génération sur les parcours de transition, nous préférons exposer dans un effet miroir les témoignages des plus jeunes de nos interviewés. Adrien a 19 ans. Il n'a jamais souhaité s'engager dans un protocole public. « La psychiatrie, très peu pour moi », nous dit-il. Ses parents ayant accepté la situation, ils n'hésitent pas à l'accompagner dans ses démarches privées de santé.

> « Les médecins sont remboursés mais il faut trouver celui qui va accepter de nous hormoner. C'est compliqué. Là où j'habite y'en a pas. »

Adrien prend donc le train pour se rendre dans la ville la plus proche afin d'y rencontrer une endocrinologue réputée pour suivre des personnes trans, sans sur-psychiatriser leurs demandes.

À l'opposé, Rémi, qui a le même âge qu'Adrien, s'est de suite adressé au protocole de soin de sa ville pour être suivi par une psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien.

> « J'ai pas cherché à comprendre, mon médecin m'a dit qu'il y avait un protocole alors je m'y suis rendu. »

Mais les choses ne se sont pas passées comme l'avait envisagé Rémi.

> « Je pensais que garder mon utérus n'allait pas poser tant de problèmes. Ma psy ne m'a jamais prévenu que de vouloir garder son utérus ça faisait de moi une personne non prise en charge pour la torsoplastie. »

À la suite de ce constat, Rémi est « viré du protocole » pour reprendre ses termes. C'est à dire que les médecins ont estimé qu'il ne relevait pas du « transsexualisme », ou bien que sa demande (à savoir être un homme avec un vagin et un utérus) ne pouvait pas être reçue par le protocole auquel il s'adressait.

Le parcours de Rémi a lui aussi pris appui sur les supports informels d'entre-aide et d'information. « Sans Internet et Facebook je ne sais pas ce que j'aurais fait. » « C'est avec les réseaux sociaux que j'ai pu trouver un chirurgien dans le privé. » Mais à l'inverse d'Adrien, Rémi regrette de ne pas avoir été suivi par un protocole hospitalier. « Ça aurait été nettement plus simple s'ils avaient accepté de me suivre et de m'opérer. Là je dois trouver moi-même l'argent pour la torsoplastie et je ne sais pas trop si je vais y arriver », nous confie-t-il. Ces rapports plus ou moins contraints face aux marchés de déprise psychiatrique engagent donc différemment les subjectivités des personnes trans, notamment les plus jeunes d'entre eux/elles.

Au total, les transidentités se confrontent à leurs histoires, toujours ouvertes, et délaissent peu à peu les protocoles de santé qui visent à diagnostiquer « une dysphorie de genre » et à accompagner « le candidat au changement de sexe » jusqu'à « l'attribution du sexe opposé ». Autrement dit, des reprises biographiques n'en finissent pas de surgir. Dans ce contexte, les carrières de genre et les carrières de santé trans sont soumises aux incertitudes d'un marché de soins précaire, souvent non reconnu et doté d'informations lacunaires en termes de santé transidentitaire. Il revient alors aux personnes trans d'être actrices de leurs parcours. Les plus âgées d'entre elles s'en saisissent en embrassant les dispositifs de soins, les plus jeunes en les contournant. Mais au-delà des divergences générationnelles, nos enquêtes montrent combien l'expérience biographique de la santé, entendue ici comme autre chose que l'absence de maladie, est toujours simultanément soumise à des injonctions et traversée d'éléments imprévisibles. Il faut entendre par là que les emprises psychiatriques et leurs déclinaisons juridiques [5] ne sont jamais totales. Elles laissent apparaître du jeu (ce que nous

5. Le fait par exemple, pour les personnes trans et jusqu'à novembre 2016, de devoir attester d'une modification corporelle irréversible, souvent entendue comme une stérilisation par les tribunaux, pour pouvoir avoir accès à un changement d'État civil occupe ici une place cruciale.

avons nommé « déprise / reprise »), mais qui peut apparaître parfois de manière plus inattendue. Si chez les plus jeunes trans la reprise se déploie sous forme d'innovations soutenues dans les parcours de soins et les identités, chez les plus âgés c'est la ténacité qui interpelle.

Ces reprises biographiques ont longtemps été décrites selon deux phénomènes conjoints : le premier, le renversement de la charge pathologisante de certaines interpellations normatives (Butler, 2006) ; le second venant d'une rupture sémantique avec le « transsexualisme » et la multiplication des identifications trans. Cette inventivité lexicale contrevient précisément au lieu de la sommation à nommer selon les codes de la binarité, dans une langue française particulièrement rétive aux innovations de ce type, et contrairement à d'autres pays comme la Suède [6] qui font entrer dans leurs dictionnaires ou reconnaissent déjà des pronoms neutres. Pour ces personnes, si une langue de soi marquée par la binarité ne semble plus convenir, une tertiarisation des termes s'avère tout aussi obsolète. De nouveaux concepts ont aussi fait leur apparition et accompagnent plus prosaïquement l'expression de ces identités multiples, irréductibles aux duos « femme-homme » ou « masculin-féminin ». Celui d'identité de genre, par exemple, définit par Thomas Hammarberg comme un sentiment intime, renvoie à une triple logique d'identification : « par soi », « pour soi » et « par autrui ». C'est également ce que permet de saisir la sociologie de l'expérience de François Dubet. Si l'individu n'est jamais totalement socialisé, pour reprendre les termes du sociologue, c'est qu'il existe une marge de manœuvre entre les assignations et les attentes d'autrui et « ce que je peux faire de ce qui est fait de moi » pour reprendre la formule de Brigitte Esteve-Bellebeau. Cette « carrière de genre » qui s'ouvre alors (Alessandrin, 2011) est toujours déjà soumise aux incertitudes et bifurcations, pour les trans comme pour les « cis » (Alessandrin, 2012).

Conclusion

Il est intéressant de noter qu'avec l'avancée des fronts militants, avec les progrès de la loi et l'explosion d'Internet au début des années 2000, les carrières de genre transidentitaires se sont fortement déprises des carcans médicaux. Le fourmillement des identités de genre transidentitaires ouvre la voie à des recodifications par les acteurs/trices eux-/elles-mêmes, contre les imageries médicales coercitives et désubjectivantes qui leur ont longtemps été appliquées et qui leur sont encore appliquées parfois. Ces transformations et résistances nous interrogent fortement sur ce qu'il subsiste des savoirs médicaux préexistant et sur leur capacité à décrire aujourd'hui des existances transidentiaires qui s'autonomisent.

Bibliographie

Alessandrin Arnaud, *Sociologie de la transphobie*, Paris, Le Cavalier bleu, 2018.

Alessandrin Arnaud, « La transphobie en France : entre hypo-efficacité du droit et expériences transphobes », *Cahiers du genre*, n° 60, 2016.

Alessandrin Arnaud, « Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre », *Socio-logos* [En ligne], 9, 2014.

6. En 2015, le pronom neutre « hen » (ni lui, ni elle) fait son apparition dans le dictionnaire suédois.

Alessandrin Arnaud, « Le 'transsexualisme' : une nosographie obsolète », *Santé publique*, vol. 24, n° 3, p. 263-269, 2012.

Alessandrin Arnaud, « La question Cisgenre », *¿ Interrogations ?*, n° 15, vol. 1, 2012 [en ligne].

Almeida Wilson, Lert France, Berdougo François, Hazera Hélène, « Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 27, 240-244, 2007.

Barthe, J.-F., Clément, S. et Drulhe, M. (1988). Vieillesse ou vieillissement ? "Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées", *les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, 15, 11-31.

Bujon Thomas et Dourlens Christine, « Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, n° 3, p. 33-58, 2012.

Dahan Muriel, Zeggar Hayet, *Evaluation de la prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme,* rapport de l'IGAS, Paris, 2011.

Erhenberg Alain, *L'individu incertain,* Paris, Hachette, 1999.

Espineira Karine, *Transidentités : de l'espace médiatique à l'espace public*, Paris, Harmattan, 2008.

Espineira Karine, « Le bouclier thérapeutique discours et limites d'un appareil de légitimation », *Le sujet dans la Cité,* n° 2, p. 189-201, 2011.

Gaglio, Gérald. « Consommation d'informations sur Internet et modulation de la relation aux médecins. Le cas d'aidantes de malades atteints d'une pathologie lourde », *Sociologies pratiques*, vol. 20, no. 1, 2010, pp. 63-74.

Grafeille Nadine, 2011, « Prise en charge du transsexualisme : l'exemple bordelais », *La transidentité : du changement individuel aux débats de société*, *in* Alessandrin Arnaud, Paris, Harmattan, p. 39-51.

Giami Alain, « Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, ´epid´emiologie et associations d'usagers ». *L'Information psychiatrique*, n° 4, vol. 87, p. 269-277, 2011.

Giami A. *et al.,* « Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques », *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, vol. 42, 2011.

Herault Laurence, « Usages de la sexualité dans la clinique du Transsexualisme », *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 11, 3, p. 278-29, 2010.

Hérault Laurence, « Constituer des hommes et des femmes : la procédure de transsexualisation », *Terrain*, n° 42, 2004.

Kivits Joëlle, "Informed patients and the internet : a mediated context for consultations with health professionals", *Journal of health psychology*, Vol. 2006/3, N°, p. 269-282.

Luigi Flora, "L'émergence du patient expert", in *L'engagement associatif dans le domaine de la santé*, Raibaud Yves et Ferrand Dan (dir.), Paris, Harmattan, p. 17-33, 2014.

Martuccelli Danilo, *Grammaires de l'individu*, Paris, Gallimard, 2002.

Meidani Anastasia, Alessandrin Arnaud, « Transidentités et cancers : une nouvelle 'population à risques' ? », *Sciences sociales et santé*, n° 35, p. 41-64, 2017.

Meidani Anastasia, *Les fabriques du corps*, Toulouse, PUM, 2006.

Motmans J., *Être transgenre en Belgique, Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*. Rapport pour l'Institut pour l'égalité des hommes et des femmes. Bruxelles, 2009.

Walters Paul, « Stérilisation forcée », *La transyclopédie*, *in* Espineira Karine, Alessandrin Arnaud, Thomas Maud-Yeuse (dir.), Paris, Des ailes sur un tracteur, p. 261, 2012.