

**ONZIEME REVISION DE LA
CLASSIFICATION INTERNATIONALE
DES MALADIES (CIM-11) :
UTILITE CLINIQUE DU DIAGNOSTIC
D'INCONGRUENCE DE GENRE AUPRES DES
PERSONNES TRANSGENRES**

Dr Jean-Luc Roelandt
Pr Françoise Askevis – Leherpeux
Patrice Desmons
Marie de la Cheneliere

L'étude a reçu le soutien financier de la Direction Générale de la Santé France

INFORMATIONS GENERALES

1.1. PROMOTEUR

EPISM LILLE-METROPOLE

104 Avenue du Général Leclerc - B.P. 4

59280 Armentières CEDEX

Tél : 03.20.10.20.20

E-mail : direction@epism-lille-metropole.fr

1.2. COORDINATION ET SUIVI DE L'ETUDE

Investigateurs

Jean-Luc ROELANDT

Médecin psychiatre à l' EPISM Lille

Métropole et Directeur du CCOMS

CCOMS-EPISM Lille Métropole

211 Rue Roger Salengro

59260 Hellemmes

Tél : 03.20.43.71.00

Marie-Jeanne Martin

Médecin généraliste à la Maison Dispersée de Santé

Maison Dispersée de Santé 167/169 rue
d'Arras

59000 Lille Tél : 03.20.86.06.50

Comité de pilotage

Marie de la CHENELIERE

Chercheuse associée CCOMS

Membre de l'ANT

Alexandre QUACH

Médecin de santé publique

Françoise ASKEVIS – LEHERPEUX

Professeure émérite de psychologie sociale

Consultante recherche CCOMS

Sarah CHOUCANE

Assistante de Recherche CCOMS

Patrice DESMONS

Chercheur associé CCOMS

Antoine BALEIGE

Interne de spécialité (Psychiatrie)

Anne-Claire STONA

Médecin de santé publique

CCOMS-EPISM Lille Métropole

211 Rue Roger Salengro - 59260 Lille-Hellemmes - Tél : 03.20.43.71.00

Partenaires

Ana Fresan Orellana

PsyD, PhD Subdirección de Investigaciones

Clínicas. Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente Muñiz.

Maison Dispersée de Santé

167/169 rue d'Arras

59000 Lille

Association Nationale Transgenre

BP 43670 54097 Nancy Cedex

Association Espace Santé Trans

Louka Arnould

71 Rue Doudeauville

75018 Paris

Le protocole de recherche a reçu l'accord des instances françaises compétentes en matière de protection des personnes (Comité de Protection des Personnes, Agence Nationale de la Recherche sur les produits de santé) et des données (Commission Nationale « Informatique et Liberté » ; Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le Domaine de la Santé)

Ce rapport présente deux études

1. « Utilité clinique du diagnostic d'incongruence de genre »

Cette étude est une réplique de la recherche menée et conçue par Geoffrey Reed , Rebeca Robles et al. , dont les résultats ont été publiés le 26 juillet 2016 dans le Lancet - Psychiatry

www.thelancet.com/psychiatry PublishedonlineJuly26,2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)

2. « Perception du diagnostic et de l'intitulé *gender incongruence* »

Une étude additionnelle spécifique à la France a également été proposée aux participant(e)s.

Les questions étaient posées à la suite du questionnaire principal.

La lettre d'information et le consentement concernaient l'ensemble des deux études.

SOMMAIRE

I.UTILITÉ CLINIQUE DU DIAGNOSTIC D'INCONGRUENCE DE GENRE	6
1. INTRODUCTION	6
1.1. Contexte.....	6
1.2. Révision de la CIM	6
1.3. Révision de la CIM et Incongruence de Genre	6
1.4. Enjeux.....	7
1.5. Etudes de terrain	8
2. INCONGRUENCE DE GENRE A L'ADOLESCENCE ET L'AGE ADULTE.....	9
2.1. Contexte.....	9
2.2. Objectifs.....	11
2.3. Procédure	11
2.3.1. Participants : Critères d'inclusion et recrutement	11
2.3.2. Taille de l'échantillon.....	12
Le nombre de personnes de 18-50 ans fréquentant le Collectif Santé Trans est estimé à environ 94.	
.....	12
2.3.2. Questionnaire (Annexe D).....	12
2.3.3. Déroulement	13
2.3.3.1. Recrutement et formation des assistants de recherche	13
2.3.3.2. Recrutement des participant(es).....	14
2.3.3.3. Déroulement	14
Les entretiens	14
2.3.3.4. Procédure en cas de détresse psychologique	15
3. RÉSULTATS	15
3.1. Analyses statistiques	15
3.2. Population.....	15
3.3. Expérience de rejet social et de violence.....	16
3.4. Identité de genre, utilisation de services de santé, violence et rejet en fonction de la détresse et des handicaps fonctionnels.....	17
3.4.1. Détresse psychologique.....	17
4. DISCUSSION.....	18
4.1 Nécessité de la dépsychiatriation dans le contexte français.....	18
4.1.1 Le diagnostic de trouble mental est en soi stigmatisant.	19
4.1.2 Le changement d'état civil n'affranchit pas les personnes transidentitaires du diagnostic de maladie mentale.....	19
4.1.3 L'accès aux soins est difficile.	19
4.1.4 Le système pour l'accès aux soins est inégalitaire.	19
4.2 L'objectif secondaire	20
5. TABLEAU	21
II. PERCEPTION DU DIAGNOSTIC ET DE L'INTITULE <i>GENDER</i>	
<i>INCONGRUENCE</i> AUPRES DE PERSONNES TRANS FRANCOPHONES (QUESTIONS ADDITIONNELLES).....	29
6. Pourquoi des « questions additionnelles » ?	29
7. Analyse qualitative des questions additionnelles 1 à 9:.....	30
8. Analyse quantitative QA10 et QA11 :.....	31
9. Problèmes de traduction francophone de <i>Gender incongruence</i>.....	32

Liste des abréviations

ABC	Association Beaumont Continental. <i>Association de personnes transgenre</i>
ANT	Association Nationale Transgenre <i>Association de personnes transgenre</i>
CPMG	C'est Pas Mon Genre <i>Association de personnes transgenre</i>
CCOMS	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Recherche et la Formation en santé mentale
CIM	Classification Internationale des Maladies
CST	Collectif Santé Trans 59/62
DSM	Diagnostic and Statistical Manual on mental health disorders (Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales)
En-Trans	<i>Association de personnes transgenre</i>
EST	Espace Santé Trans*
IGAA	Incongruence de Genre à l'Adolescence et à l'âge Adulte
IGE	Incongruence de Genre dans l'Enfance
Les Flamands Roses	Association LGBT
MDS	Maison Dispersée de Santé Lille-Moulins
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

La présente étude est la réplique française de l'étude menée et conçue par Geoffrey Reed , Rebeca Robles et al. dont les résultats ont été publiés le 26 juillet 2016 dans le Lancet - Psychiatry

www.thelancet.com/psychiatry PublishedonlineJuly26,2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)

I. UTILITÉ CLINIQUE DU DIAGNOSTIC D'INCONGRUENCE DE GENRE

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

En janvier 2014, certains membres du CCOMS participant au CST (Collectif Santé Trans des Hauts de France) ont organisé une rencontre avec des représentants du groupe consultatif international pour la révision des troubles mentaux et du comportement de la CIM-10, la MDS et les associations de personnes transidentitaires locales (*J'en suis j'y reste*, *C'est pas mon Genre*, *ABC*, *ANT*). Lors de cette rencontre, les propositions de modifications de la CIM 10 en CIM 11 ont été présentées ainsi que les grandes lignes de l'étude de terrain.

Il fut décidé que la MDS¹ (Maison Dispersée de Santé voir encart infra) serait le terrain de l'étude et que les associations (*J'en suis j'y reste*, *C'est pas mon Genre*, *ABC*, *ANT*)² soutiendraient cette étude dans la mesure de leurs moyens notamment par l'information de leurs adhérents.

1.2. Révision de la CIM

La classification internationale des maladies (CIM) est une norme internationale présentant des descriptifs diagnostics communs regroupés en catégories. Par entente internationale, les 194 états membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont convenu d'utiliser la CIM pour recueillir et disséminer des données mondiales sur les maladies. Le manuel diagnostic CIM est aussi utilisé par les professionnels pour aider à poser un diagnostic et par conséquent aider à prendre des décisions cliniques, ou pour justifier des raisons d'incapacités et de compensation auprès d'organismes de protection sociale. Il s'agit également d'un outil permettant de favoriser la communication entre professionnels, et entre professionnels et usagers des services de santé. La dixième version de la CIM (CIM-10), en place depuis 1992, est en cours de révision. La onzième version de la CIM (CIM-11) devra être validée lors de l'assemblée mondiale de la santé en 2018.

1.3. Révision de la CIM et Incongruence de Genre

Le département de santé mentale et d'abus de substances de l'OMS s'est vu confier la responsabilité de la révision du chapitre des troubles mentaux et du comportement de la CIM-10 (groupe consultatif international pour la révision des troubles mentaux et du comportement de la CIM-10, 2011). Ce chapitre inclut les catégories concernant les questions de transidentité, particulièrement dans la section F64 « *Trouble de l'identité sexuelle* » (OMS, 1992). En collaboration avec le département de la santé reproductive et de la recherche, ces deux départements ont travaillé à l'écriture

¹ On trouvera en Annexe 1 une note explicative sur la MDS et son fonctionnement

² L'association En-Trans est venue rejoindre ce groupe d'association fin 2014.

de lignes directrices sur la localisation, la définition et les diagnostics liés à ces questions. Celles-ci ont été réfléchies à partir des connaissances scientifiques actuelles et des bonnes pratiques. Elles doivent contribuer à une classification révisée des maladies soutenant la fourniture de services de soins de santé abordables et de qualité, qui répondra davantage aux besoins, à l'expérience, et aux droits humains des populations concernées. L'impact potentiel des modifications apportées à la CIM-11 a une large portée. La CIM est utilisée par les États membres de l'OMS pour définir l'éligibilité et l'accès aux services de santé, ainsi que pour formuler des politiques et des lois pertinentes. Elle est également utilisée par les professionnels de santé comme base pour conceptualiser les problèmes de santé, les traitements et les résultats.

Les départements de la santé mentale et abus de substances, et de la santé reproductive et de la recherche, ont constitué un groupe de travail international et pluridisciplinaire sur la classification des troubles sexuels et la santé sexuelle. Ce groupe comprend 11 experts représentant l'ensemble des régions de l'OMS. Entre janvier 2011 et décembre 2012, le groupe de travail a élaboré des propositions initiales concernant les troubles sexuels et la santé sexuelle dans la CIM-11. Ces propositions ont été basées sur (1) une revue et une évaluation de la littérature scientifique disponible, et sur (2) des données cliniques et politiques pertinentes sur l'usage, l'utilité clinique, et l'expérience au regard des catégories diagnostiques de la CIM-10. Ces données concernaient divers systèmes de santé et contextes.

Par ailleurs, ont été prises en compte les perspectives des groupes de défense des droits des personnes transgenres d'un certain nombre de pays, qui se battent pour que la transidentité ne soit plus considérée comme une pathologie. Ceux-ci ont pour objectif de permettre aux systèmes de soins de faciliter le changement d'identité de genre, et que celui-ci soit reconnu par les gouvernements comme un droit humain. Le groupe de travail de la CIM-11 s'est trouvé confronté au double enjeu de :

- Réduire la stigmatisation qui sous-tend l'appel au retrait des catégories transgenres du chapitre des troubles de la santé mentale et du comportement de la CIM, et la proposition d'introduire une catégorie « sans pathologie » (Equipe de coordination de STP, 2013 ; Suess, Walters, Espineira, 2014).
- Maintenir l'accès aux soins, qui requiert l'existence d'un diagnostic afin d'obtenir le traitement médical nécessaire couvert par les tiers payeurs (Reucher, 2011 ; Drescher, 2013).

1.4. Enjeux

Les lignes directrices générales du groupe de travail concernant les catégories liées aux questions transgenres préconisent le retrait de diagnostics, tels que « *transvestisme bivalent* » et de ceux qui impliquent une activité consensuelle ou solitaire qui n'est pas pénible pour l'individu, dont le « *transvestisme fétichisme* ». La catégorie de « *troubles de l'identité sexuelle* » disparaîtrait et le diagnostic de « *transsexualisme* » serait remplacé par le concept d'incongruence de genre.

Les principales suggestions du groupe de travail ont été les suivantes :

1. Le maintien des diagnostics de genre dans la CIM-11 pour faciliter l'accès aux soins, mais leur déplacement du chapitre des troubles mentaux et du comportement vers une autre section, comme un nouveau chapitre sur les troubles sexuels et la santé sexuelle pour réduire la stigmatisation (Drescher, Cohen-Kettenis, Winter, 2012) ;
2. La modification des diagnostics de « trouble de l'identité sexuelle de l'enfance » et de « transsexualisme » en « incongruence de genre dans l'enfance » (IGE) et « incongruence de genre à l'adolescence et l'âge adulte » (IGAA), respectivement. Le terme « incongruence » pourrait réduire la stigmatisation, en se focalisant moins sur l'état mental ;
3. La définition de l'« incongruence de genre », dans l'enfance ainsi qu'à l'adolescence et à l'âge adulte, comme « une incongruence marquée et persistante entre le genre d'expérience d'un individu et le sexe assigné » ;
4. Le fait que ces états peuvent ou non être accompagnés d'une détresse ou d'une déficience fonctionnelle, en particulier dans les milieux sociaux caractérisés par une grande désapprobation des personnes transgenres ;
5. La modification du temps nécessaire pour établir les diagnostics : dans le cas de l'IGAA, le passage de « deux ans » à « plusieurs mois », pour faciliter l'accès à des soins de santé de qualité ; et dans le cas de l'IGE le contraire, en augmentant ce temps de six mois à deux ans au moins, afin d'éviter les faux positifs dus à l'inclusion des variations de genre chez les enfants, en présence ou non d'une détresse causée par des attitudes négatives de l'environnement. Cela implique que, dans la pratique, un diagnostic ne peut être établi avant l'âge de cinq ans.

Les organisations civiles ont exprimé un soutien fort pour la proposition de retrait de l'incongruence de genre du chapitre des troubles mentaux et du comportement de la CIM-10. Il a été convenu que la catégorie IGE en particulier nécessite un examen plus approfondi (Gate Civil Society Expert Working Group, 2013). En effet, certaines organisations ont exprimé des préoccupations concernant le diagnostic d'IGE, en faisant valoir qu'il devrait être supprimé en raison de son manque d'utilité pour prévoir les besoins en soins de santé et/ou pour faciliter l'accès aux services de soins de santé (Gate Civil Society Expert Working Group, 2013).

1.5. Etudes de terrain

Ces propositions doivent être soumises à des études de terrain auprès de personnes transgenres, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans ce cadre, une étude internationale a été construite pour les tester dans divers contextes sanitaires pertinents des différentes régions de l'OMS. Elle est menée dans les mêmes conditions que dans le premier centre, au Mexique, et que dans

les centres également contactés, notamment en Afrique du Sud, au Brésil, en Inde et au Liban et en France.

Ce projet comporte une étude principale et une étude ancillaire.

- Une étude principale qui explore les lignes directrices du diagnostic IGAA s'adresse à l'ensemble des participant(e)s.
- Une étude ancillaire qui s'adresse ensuite aux participant(e)s indiquant avoir :
 - Pris conscience de pouvoir éventuellement être trans-identitaires au cours de leur enfance,
 - Peut-être eu besoin de faire quelque chose à ce sujet au cours de leur enfance,
 - Reçu un diagnostic en lien avec leur situation, quel qu'il soit, par un professionnel de santé.

L'étude ancillaire ne porte de fait que sur une partie des participant(e)s de l'étude principale, et explorera les lignes directrices du diagnostic d'IGE.

Aucune personne interrogée ne répondant aux critères d'inclusion de l'étude ancillaire, seule l'étude principale a été réalisée

2. INCONGRUENCE DE GENRE A L'ADOLESCENCE ET A L'AGE ADULTE

2.1. Contexte

Les phénomènes de transsexualisme et de trans-identité ont été mal compris et classifiés comme des expressions psychopathologiques du comportement humain depuis le 19^e siècle (Drescher, 2010). Ils ont été considérés comme un trouble névrotique, psychotique ou délirant sévère, tandis que des tentatives ont été faites pour utiliser des médicaments ou psychothérapies pour « guérir » le trouble. Le diagnostic officiel de la dixième version de la CIM (actuellement en cours de révision) était « *transsexualisme* » (Organisation mondiale de la Santé, 1992). Dans la quatrième version du manuel diagnostique et statistique des maladies mentales (DSM-IV), il s'agissait de « *trouble de l'identité sexuelle* » (American Psychiatric Association, 2000). Dans la récente cinquième version du DSM (DSM-V), il est question de « *dysphorie de genre* » (American Psychiatric Association, 2013).

Aujourd'hui, dans beaucoup de pays, un diagnostic officiel, à la suite d'un bilan clinique et d'une évaluation psychosociale, est essentiel pour être orienté vers un médecin qui peut prescrire des hormones, étape nécessaire pour entamer un processus médical de changement de sexe, si désiré.

La classification du transsexualisme et de la dysphorie de genre a contribué à la mise en place de cliniques de genre, au développement et à la disponibilité des procédures médicales, ainsi qu'à provoquer une effusion de recherches et de discussions cliniques (Denny, 2004). Cependant, l'intégration de la transsexualité comme un trouble de santé mentale soulève des questions difficiles

au sujet de l'éthique de l'utilisation de diagnostics psychiatriques pour assurer la légitimité du droit des personnes transgenres à obtenir un traitement médical (Lev, 2005 ; Thomas, 2011 ; Espineira & Thomas, 2017). En outre, ceux qui répondent aux critères du diagnostic de transsexualisme dans les classifications actuelles ne représentent qu'une petite partie des personnes transgenres cherchant potentiellement un traitement (Carroll, 1999; Seil, 2004). Il y a donc de toute évidence un besoin de repenser le positionnement du transsexualisme dans les classifications, ainsi que sa « reconceptualisation » avec la mise en adéquation des lignes directrices du diagnostic d'incongruence de genre pour décrire la gamme complète des personnes transgenres cherchant des traitements médicaux.

Contrairement au DSM, qui ne comprend que des troubles mentaux (et n'avait donc pas d'alternative au maintien d'une catégorie équivalente au trouble de l'identité sexuelle comme diagnostic psychiatrique à sa cinquième édition), la CIM a la possibilité de conserver les diagnostics de genre, mais de les retirer de la section des troubles mentaux en les plaçant dans une autre partie de la classification qui serait moins stigmatisante, tout en conservant la possibilité d'accès à des soins médicaux (Drescher, 2013). Le groupe de travail CIM sur les troubles sexuels et la santé sexuelle a donc fortement recommandé de retirer les diagnostics de la section de la CIM-11 sur les troubles mentaux et du comportement.

Diverses solutions ont été proposées (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012), y compris un nouveau chapitre sur les troubles sexuels et la santé sexuelle qui contiendra un plus large éventail de catégories liées à la santé sexuelle (Drescher, 2013).

En ce qui concerne la reconceptualisation et l'amélioration des lignes directrices pour le diagnostic, il convient de se demander si les différentes préférences sexuelles, les comportements et les identités que les personnes transgenres expriment devraient être la base d'un système nosologique clinique basé sur l'admissibilité aux services médicaux. Les problèmes importants avec les descriptions diagnostiques actuelles pour les diagnostics de genre incluent leur incapacité à saisir l'ensemble du spectre du phénomène de la trans-identité, le risque potentiel d'examens psychiquement intrusifs et inutiles pour « exclure » les conditions intersexuées, et la nécessité d'une détresse ou d'un dysfonctionnement pour poser un diagnostic (Cohen-Kettenis et Pfafflin, 2009).

Par conséquent, selon le groupe de travail CIM et en accord avec la littérature scientifique récente sur le terrain, les caractéristiques essentielles pour le diagnostic doivent être une forte aversion ou un inconfort avec ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires, ainsi qu'un fort désir d'être traité(e), de vivre, d'être accepté(e) et d'avoir les caractères sexuels primaires et/ou secondaires du genre vécu en raison d'une non-congruence avec le genre assigné. Le comportement de genre et les préférences seules ne sont pas suffisants pour établir un diagnostic. Une détresse ou une déficience fonctionnelle³ (en particulier dans des environnements sociaux désapprobateurs) sont des expériences

³ Altération du fonctionnement dans un domaine important comme les domaines scolaire, social ou du travail

courantes liées à l'incongruence de genre, mais ne seraient pas nécessaires pour le diagnostic (De Cuypere, Janes et Rubens, 1995; Zucker et al, 2012). De même, la nature de l'attraction sexuelle, y compris l'excitation sexuelle en association avec le travestissement, n'est pas pertinente pour le diagnostic proposé (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, 2011). Établir l'incongruence peut inclure des traitements médicaux, mais beaucoup de gens choisissent de ne pas se soumettre à toutes les interventions médicales disponibles dans le cadre de la transition (Drescher, 2010; Meyer-Bahlburg, 2010).

2.2. Objectifs

L'objectif principal est de contribuer à la dépsychiatriation du diagnostic d'incongruence de genre en montrant que la détresse psychologique et le handicap fonctionnel, considérés comme des caractéristiques essentielles dans la CIM 10 (transsexualisme) et le DSM V (dysphorie de genre), ne sont ni nécessaires ni suffisants et peuvent être liés à d'autres facteurs qu'à l'identité de genre, en particulier de l'environnement social.

Plus précisément, en accord avec les travaux de Robles et al. (2016), il s'agit d'examiner :

1. Si toutes les personnes transgenres disent avoir vécu une détresse psychologique ou un handicap fonctionnel (comme le voudraient la CIM 10 et le DSM V) ou pas ;
2. Si la détresse psychologique et le handicap fonctionnel peuvent résulter d'autres facteurs que l'identité de genre, en particulier le rejet et la violence dont les personnes transgenres sont victimes.

L'objectif secondaire est d'étendre les seconds objectifs à l'utilisation des services de santé pour la transformation du corps , et d'examiner si le recours aux soins est également lié au rejet et à la violence.

2.3. Procédure⁴

Il s'agit d'une étude rétrospective par entretiens.

2.3.1. Participants : Critères d'inclusion et recrutement

Le recrutement des participant(e)s s'est déroulé parmi les personnes fréquentant le Collectif de Santé Trans 59/62, ou la Maison Dispersée de Santé (MDS). Les personnes ayant de 18 à 50 ans, bénéficiant d'un régime de protection sociale, et ayant reçu au moins une fois un soutien ou des soins en rapport avec leur statut de personne transgenre ont été invitées par le médecin à participer à l'étude. L'inclusion a été faite sur une période de 4 mois à compter de la réception des accords des instances compétentes en matière de recherche biomédicale.

⁴ La procédure et le questionnaire ont été testés auprès de 4 personnes transgenres, recrutées au sein de EST (Espace Santé Trans, Paris) associations non liées au CST de Lille.

2.3.2. Taille de l'échantillon

Afin d'estimer la pertinence des critères de diagnostics de la CIM-11 requis pour détecter au moins 90% des cas selon leur expérience réelle au moment du diagnostic qui utilisent les services de transformation du corps, un échantillon d'une taille de 70 personnes serait nécessaire pour être certain à 95% que cette pertinence soit supérieure à 0,9.

$$n = \lceil \text{EDFF} * Np(1-p) \rceil / \lceil (d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)) \rceil$$

Le nombre de personnes de 18-50 ans fréquentant la Maison Dispersée de Santé était estimé à environ 94 au moment de l'étude, 72 personnes ont été incluses.

2.3.2. Questionnaire (Annexe D)

La méthodologie d'entretien est basée sur le SCID (Entretien clinique structuré pour le DSM-IV ; First, et al, 1996) pour demander aux participants de se concentrer sur une période donnée. Le questionnaire comprend 34 groupes de questions, concernant :

- Des données sociodémographiques : âge, années d'éducation, statut marital, emploi
- L'histoire de la trans-identité
- Le recours aux soins : utilisation d'un traitement hormonal, chirurgie et autres services de santé pour la transformation du corps
- Les lignes directrices pour le diagnostic d'incongruence de genre de la CIM-11 et leurs équivalents dans le DSM-V : Transidentité, détresse psychologique et dysfonctionnement

Les questions concernant l'incongruence de genre, la détresse, le handicap fonctionnel (variables centrales dans la CIM 10 et le DSM V), ainsi que celles relatives au rejet et à la violence, sont des questions rétrospectives se rapportant à une époque particulière, l'âge où la personne a pris conscience qu'elle pouvait être une personne transgenre et qu'elle pourrait avoir besoin de faire quelque chose à ce sujet ». Pour être incluses dans l'étude, les personnes devaient répondre « 12 ans ou plus ».

« Maintenant, je vais poser quelques questions sur les sentiments et les pensées particulières que vous aviez à cette période (AGE). Je ne demande pas comment vous vous sentez ou pensez maintenant, mais ce que vous ressentiez ou pensiez précisément à cette époque de votre vie. N'essayez pas d'interpréter votre expérience à travers ce que vous savez et ce qui vous est arrivé depuis lors ; essayez juste de me parler de vos pensées et de vos sentiments à cette époque ».

Catégories de genre (items 11 à 13)

Méthode des deux-questions, proposée par Tate, Ledbetter et Youssef (2012)

Identité actuelle : Quelle est votre identité actuelle de genre? La question de l'identité actuelle comporte cinq options de réponse : *féminine, masculine, transgenre, genderqueer, intersexe.*

Catégorie de naissance : Quel genre vous a été assigné à la naissance : *Femme, Homme, Intersexe*.

Les options de réponse d'identité actuelle décrivent les utilisations en langage usuel de la trans-identité (Factor, et Rothblum, 2008), tandis que les options de réponse sur la catégorie de naissance assignée décrivent les classifications médicales des structures génitales sexuées.

Le temps de présence de la trans-identité est défini comme la différence entre l'âge lors du premier recours à des soins (item 15) et l'âge de prise de conscience de la trans-identité.

Recours à des services de santé (items 14 et 15)

Traitement hormonal, du recours à la chirurgie et/ou à d'autres services de santé pour la transformation du corps

Trans-identité (items 17 à 21)

Gêne due aux caractères sexuels secondaires, changements effectués pour être plus proches du genre désiré, désir d'être considéré comme personne du genre désiré : réponses dichotomiques ou exprimées sur une échelle allant de 1 à 6.

Détresse psychologique (items 25 à 28)

Présence et intensité (0 à 10) d'une détresse psychologique, les éventuels moyens mis en œuvre pour y faire face sont mesurés

Handicap fonctionnel (items 29 à 34)

Présence d'un handicap fonctionnel, intensité mesurée via une adaptation de l'échelle Sheehan Disability Scale (SDS) (Sheehan, 1983) qui estime le handicap, sur une échelle de 0 à 10, dans trois domaines (professionnel, social et familial). Ces trois scores peuvent être combinés en une mesure unique du handicap fonctionnel global allant de 0 (intacte) à 30 (très altérée).

Violences subies (items 21 à 24) :

Recherche et évaluation de l'intensité du sentiment de rejet de la part de la famille, des amis, des collègues. Recherche des attitudes qui ont le plus affecté et de la réaction face à ces attitudes. Recherche de la violence subie en lien avec l'identité de genre.

Les questions additionnelles sont présentées dans la partie 2 du rapport

2.3.3. Déroulement

2.3.3.1. Recrutement et formation des assistants de recherche

Une assistante de recherche (AR) psychologue, recrutée à cet effet, s'est vu confier la responsabilité de l'étude. Elle a reçu des informations sur la procédure de consentement éclairé, l'administration des mesures d'étude, le data-management de ces mesures et leur report au sein d'une

base de données, la conduite des entretiens semi-structurés, la retranscription des enregistrements, et les procédures pour la gestion des patients en détresse émotionnelle.

Remarque

Le projet initial prévoyait de faire passer les entretiens par des personnes transgenres. Cette procédure a été rejetée par le Comité de Protection des Personnes pour des raisons à la fois juridiques (les assistants de recherche doivent être médecins ou psychologues) et méthodologiques (la réalisation des entretiens par des personnes transgenres poserait un problème d'objectivité du recueil des données). Le CCOMS a donc recruté une assistante de recherche psychologue ayant une bonne connaissance de la population transgenre.

2.3.3.2. Recrutement des participant(es)

Les membres associatifs du CST et le personnel de la MDS ont proposé et demandé l'autorisation aux personnes répondant aux critères d'inclusion de transmettre leurs coordonnées aux investigateurs principaux de l'étude. Ces derniers ont transmis ces coordonnées à l'AR.

À la demande de nombreux participants, un retour et un débat seront organisés avec les associations et leurs membres après la publication des résultats de l'étude.

L'AR a contacté les participant(e)s pour fixer une rencontre au cours de laquelle leur a été exposée l'étude. Au cours de ce premier entretien, l'AR a donné aux participants une explication claire et loyale de l'étude. L'AR a remis la lettre d'information (annexe A), et a présenté le formulaire de consentement éclairé (Annexe B) dont la signature a précédé toute participation à l'enquête.

En cas de refus de participation, il était prévu que l'AR demande la permission de poser quelques questions en vue de comparer les caractéristiques sociodémographiques des participants et des non participants (Annexe C). Il n'y eut aucun refus.

2.3.3.3. Déroulement

Les entretiens se sont étalés de décembre 2016 à juin 2017.

L'AR responsable du recrutement des participants par délégation des investigateurs principaux a rencontré les participants dans les locaux de la MDS, au sein d'un local individualisé dans des locaux assurant la confidentialité.

Les entretiens se sont déroulés de la façon suivante :

- invitation des personnes à entrer dans la salle d'entretien ("vous avez trouvé facilement?"), retour sur la lettre générale ("avez-vous des questions?") réponse aux éventuelles questions + signature du consentement.
- Explication du déroulé de l'entretien puis démarrage de l'entretien ("vous êtes prêt?").
- Puis débriefing en fin d'entretien ("comment avez-vous vécu cet entretien?", « Comment vous êtes-vous senti pendant l'entretien?, avez-vous des questions?")

Une seule personne s'est montrée réticente au questionnaire qui sans être contre a déclaré qu'elle n'en voyait pas l'intérêt et que cela ne changerait rien pour la cause trans. Aucun des participants n'a déclaré ressentir les questions comme intrusives.

2.3.3.4. Procédure en cas de détresse psychologique

Les personnes ont été averties préalablement de la possibilité d'avoir recours à une consultation immédiate avec un professionnel de Santé de la MDS, chargé de prendre contact et les réorienter si besoin vers des structures de santé mentale qualifiées. Il n'y a pas eu de détresse liée au questionnaire.

3. RÉSULTATS

Remarque initiale : une partie des analyses tiennent compte à la fois du genre de naissance et de l'identité de genre, conduisant à différencier les hommes-trans (ici $n = 27$) et les femmes-trans (ici $n = 42$). Les personnes ne définissant pas leur identité actuelle en termes de genre étaient trop peu nombreuses ($n = 3$) pour constituer un groupe de comparaison statistique. Leurs réponses ne sont donc pas incluses dans les analyses qui suivent. L'analyse qualitative des réponses aux questions additionnelles tient compte quant à elle de toutes les personnes interviewées.

3.1. Analyses statistiques

Les analyses ont été menées par Madame Ana Fresán Orellana P PsyD, PhD Subdirección de Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Les variables catégorielles sont illustrées par des fréquences en pourcentages et les variables continues par des moyennes, des écarts-types et des écarts de variations (EV : mini/maxi).

Les comparaisons entre groupes se font par le calcul Khi-carrés (variables catégorielles) ou de t de Student pour échantillons indépendants (variables continues).

Toutes les analyses ont été réalisées avec la version 20.0 du logiciel SPSS-XX pour des PC Windows

Le seuil de significativité retenu est de .05.

3.2. Population

L'âge moyen de l'échantillon était égal à 27,7 ans (SD = 9,6, EV = 18-50). Plus de la moitié des participants ont été déclarés de sexe masculin à la naissance (60,9%; $n = 42$) et s'identifient actuellement comme « femmes » ou « femmes-trans ». Au moment de l'étude, 73,9% ($n = 51$) étaient célibataires, 37,7% ($n = 26$) avaient un emploi rémunéré et 31,9% ($n = 22$) étaient des étudiants à plein temps. La plupart vivaient avec leur famille d'origine (parents ou frères et sœurs) ou vivaient seuls (30,4%, $n = 21$ pour chacun).

Le tableau 1 fournit une description des caractéristiques démographiques selon l'identité de genre actuelle.

On voit que les femmes-trans étaient significativement plus âgées que les hommes-trans, $M = 30,8$ vs $22,9$, $t_{(67)} = 4,16$, $p < .001$.

Les personnes disent avoir pris conscience de leur identité transgenre et estimer qu'elles devraient faire quelque chose à ce sujet vers l'âge de 9,2 ans ($SD = 3,9$; $EV = 3-17$). Elles disent avoir pris conscience de leurs caractéristiques sexuelles secondaires à l'âge moyen de 12,8 ans ($SD = 2,0$; $EV = 10-20$).

Un pourcentage élevé (82,6%; $n = 57$) déclarent avoir eu recours à un service de santé pour la transformation de leur corps à un certain moment de leur vie (82,6%; $n = 57$), tous ayant suivi un traitement hormonal initié en moyenne à 24,8 ans ($SD = 9,0$, $EV = 14 - 50$), presque tous avec une supervision médicale (91,2%; $n = 52$). Une minorité déclare avoir subi une intervention chirurgicale (33,3%; $n = 23$), la première en moyenne à 27,3 ans ($SD = 9,2$, $EV = 18-50$)⁵.

On n'observe pas de différence entre les femmes-trans et les hommes-trans dans le recours à la chirurgie, $\chi^2_{(1)} = 0,51$, $p = 0,47$. Néanmoins, les hommes-trans disent avoir reçu un traitement hormonal plus tôt que les femmes-trans, $M = 21,2$, vs $27,3$, $t_{(67)} = 2,9$, $p < .005$. Il en va de même pour le recours à la chirurgie, $M = 23,1$ vs $31,2$, $SD = 11,0$, $t_{(67)} = 2,3$, $p < .05$.

Les personnes interrogées disent avoir ressenti pendant l'adolescence un désir élevé d'être un genre différent de celui attribué à la naissance, avec un score moyen de 4,6 sur une échelle de 1 à 6 ($SD = 1,0$; $EV = 3-6$). Toutes signalent avoir ressenti un inconfort avec plusieurs aspects de leur corps et avoir effectué différents changements afin de se rendre plus semblables au sexe désiré (voir tableau 2)

Les femmes-trans rapportent plus souvent que les hommes-trans avoir ressenti un inconfort avec la voix (81,5%, $n = 22$ vs. 50,0%, $n = 21$; $\chi^2_{(1)} = 6,9$, $p = 0,008$, Fisher = 0.01), les hanches (66,7%, $n = 18$ vs. 11,9%, $n = 5$; $\chi^2_{(1)} = 22,1$, $p < .001$, Fisher < .001) et la poitrine (100%, $n = 27$ contre 47,6%, $n = 20$; $\chi^2_{(1)} = 20,7$, $p < .001$, Fisher < .001). Les hommes-trans rapportent plus souvent un inconfort avec les poils pubiens (40,5%, $n = 17$ contre 11,1%, $n = 3$; $\chi^2_{(1)} = 6,8$, $p = .009$, Fisher = 0.01). Enfin, plus de femmes-trans disent avoir modifié leur mode d'habillement (81,5%, $n = 22$ contre 57,1%, $n = 24$; $\chi^2_{(1)} = 4,3$, $p = .03$, Fisher = .04).

3.3. Expérience de rejet social et de violence

Plus de la moitié des personnes (55,1%, $n = 38$) déclarent avoir vécu un rejet social lié à leur identité de genre, dont la majorité par des camarades de classe ou des collègues (71,0% des personnes, $n = 27$), suivi des membres de la famille (57,8%, $n = 22$) et des amis (26,3%, $n = 10$). Le rejet des camarades de classe ou des collègues se manifestait le plus souvent par des agressions verbales ou

⁵ Le détail des transformations corporelles est présenté dans le tableau 1.

physiques (37,5%, n = 9), celui de la famille et des amis par l'indifférence ou l'ignorance (31,8%, n = 7 et 44,4%, n = 4).

Près de la moitié disent avoir subi des violences pendant l'adolescence (46,4%; n = 32), principalement des violences psychologique (100%), puis physiques (53,1% ; n = 17) et sexuelles (28,1% ; n = 9), mais aussi des violences économiques et liées au travail ou à l'école (25,0%, n = 8 pour chacun).

Celles qui disent avoir subi des violences déclarent qu'elles étaient le plus souvent le fait de membres la famille (53,1%, n = 17) ou de personnes proches telle que amis, collègues ou voisins (40,6% de ceux n = 13).

Les femmes-trans et les hommes-trans sont aussi nombreux à déclarer avoir été victimes d'une forme de rejet social (54,8%, n = 23 vs 55,6%, n = 15; $\chi^2_{(1)} = 0,004$, p = .94) ou de violence (47,6%, n = 20 vs. 44,4%, n = 12; $\chi^2_{(1)} = 0,06$, p = .79). Néanmoins, un nombre plus élevé d'hommes-trans rapportent avoir été rejetés pas des amis (25,9%, n = 7 vs. 7,1%, n = 3; $\chi^2_{(1)} = 4,6$, p = .03, Fisher = .04).

3.3. Identité de genre, utilisation de services de santé, violence et rejet en fonction de la détresse et des handicaps fonctionnels

3.4.1 Détresse psychologique

Un pourcentage élevé de personnes (88,4%, n = 61) déclare avoir souffert de détresse psychologique, plus parmi les hommes-trans (96,3%, n = 26) que parmi les femmes-trans (83,3% ; n = 35), mais cette différence n'est pas significative, $\chi^2_{(1)} = 2,6$, p = 0,1.

Cette détresse était le plus souvent accompagnée de symptômes dépressifs (72,1%, n = 44), d'idées ou de tentatives de suicide (37,7%, n = 23) et de symptômes d'anxiété (36,0%, n = 22). Sur une échelle de 0 (pas de détresse du tout) à 100 (détresse extrême), le niveau moyen de détresse était de 78,2 (SD = 16,9, EV = 30-100), ce qui peut être considéré comme élevé.

Cette détresse s'est le plus souvent accompagnée d'une prise de distance avec les autres (23,0% ; n = 14) et/ou de comportements autodestructeurs tels que combats, abus de substances ou tentative de suicide (21,3% ; n = 13) .

Seulement 36,1% (n = 22) de ceux et celles qui disent avoir ressenti de la détresse déclarent avoir reçu un traitement psychologique ou psychiatrique spécialisé, dont la moitié avec un certain bénéfice (n = 11). Les femmes-trans ayant vécu un inconfort lié à leur pilosité rapportent plus souvent de la détresse que les autres (82,9%, n = 29 vs. 28,6, n = 2). En outre, ceux et celles qui disent avoir vécu de la violence font état d'un niveau plus élevé de dysfonctionnement dans les domaines des études ou du travail, M= 5.2, SD = 3,1 vs. M= 2,6, SD = 4,3, $t_{(67)} = 2,1$, p = 03.

3.3.2 Altération du fonctionnement dans les domaines importants de la vie

La majorité des personnes (85,5% ; n = 59) disent avoir vécu un dysfonctionnement lié à leur l'identité pendant l'adolescence. Cette proportion est semblable chez les femmes-trans (83,3% ; n = 35) et les hommes-trans (88,9% ; n = 24), $\chi^2_{(1)} = 0,40$, $p = .52$.

Les formes les plus fréquentes sont des dysfonctionnements sociaux, ou liés au monde des études et du travail (71,0%, n = 49 pour chacun), suivi de dysfonctionnements familiaux (44,9% ; n = 31). Le niveau moyen de ces dysfonctionnements, sur une échelle de 0 à 10 adaptée de l'échelle d'invalidité de Sheehan, était modéré dans le domaine social (M= 5.2, SD = 3.4, EV= 0-10) et celui des études ou du travail (M = 4.9; SD = 3.3; EV = 0-10) et faible pour la sphère familiale (M = 3.3, SD = 3.5, EV= portée 0-10).

3.3.3 Recours à des services de santé

Les personnes qui ont utilisé des services de santé dans le but de modifier leur corps sont plus nombreuses à avoir un emploi rémunéré que les autres, 43,9%, n = 25 vs 8,3%, n = 1,), $\chi^2_{(1)} = 5,3$, $p = .02$; Fisher = .02), et plus nombreuses à avoir demandé à être désignées par le genre souhaité (47,4%, n = 27 vs 8,3%, n = 1,), $\chi^2_{(1)} = 6,2$, $p = .01$; Fisher = .02). On n'observe pas de différence en matière de rejet, de violence ou de dysfonctionnement.

4. DISCUSSION

Les classifications actuelles inscrivent l'incongruence de genre dans la catégorie des troubles de la santé mentale. Ainsi la CIM 10 (non limitée à la santé mentale) et le DSM V (limité à la santé mentale) s'accordent à considérer respectivement le transsexualisme et la dysphorie de genre comme un trouble mental. L'équivalence entre la dysphorie de genre et le transsexualisme est d'ailleurs précisé dans le DSM 5.

4.1 Nécessité de la dépsychiatriation et de la dépathologisation dans le contexte français

Un des enjeux de la révision de la CIM, qui rejoint les demandes des personnes concernées, est de dépsychiatiser et dépathologiser l'incongruence de genre. En effet, considérer l'incongruence de genre comme relevant de la santé mentale, contribue à la stigmatisation et alourdit le parcours de soins des personnes transgenres. En France, les personnes transgenres doivent le plus souvent recueillir l'avis favorable d'un psychiatre pour obtenir le droit à une hormonothérapie, aux opérations de féminisation/masculinisation et obligatoirement le recueillir pour les opérations de réassignation sexuelle ; il en allait de même pour obtenir son changement de sexe auprès des tribunaux jusqu'au début de cette année⁶, car ce changement se faisait sur la base d'attestations psychiatriques (diagnostics, suivis, expertises) et médicales. Dans le contexte français, les conséquences sont multiples :

⁶ LOI n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle. Art. 56.

4.1.1 Le diagnostic de trouble mental est en soi stigmatisant.

Changer son état civil sur la base d'un trouble mental inscrit cette pathologie dans le jugement du changement d'état civil de la personne et pourra être utilisé contre elle. Il en va ainsi de la garde des enfants en cas de divorce. Divers courants religieux et associations rattachées voient dans cette psychiatrisation un argument en faveur de la loi naturelle de Dieu : « on est soit homme, soit femme » ou bien malade mental...

4.1.2 Le changement d'état civil n'affranchit pas les personnes transidentitaires du diagnostic de maladie mentale.

Ainsi, une femme dont l'état civil, ne correspond pas au genre assigné à la naissance, doit le plus souvent refaire des évaluations psychiatriques et dans certains cas des suivis psychiatriques pour faire une vaginoplastie. Ces obligations ne seraient pas exigées d'une femme, dont l'état civil correspondrait au genre assigné à la naissance qui demanderait une nymphoplastie. En France la stigmatisation du diagnostic médicale de dysphorie de genre ou de transsexualisme est à vie.

4.1.3 L'accès aux soins est difficile.

Il s'est créé une sorte de « surspécialité » de la prise en charge des personnes transsexuelles concentrée entre les mains de quelques équipes pluridisciplinaires spécialisées⁷. Le diagnostic de transsexualisme combiné à l'hyperspécialisation des équipes a conduit à des protocoles où les décisions d'éligibilité aux demandes de traitement sont prises en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) comme on le fait pour les cancers. Le rôle de « gatekeepers » est dévolu aux décisions de ces équipes qui prennent leur décision de façon collégiale. La durée du protocole s'étale parfois sur plusieurs années. Cette mainmise institutionnelle sur l'ensemble des protocoles de soins (Julie Mazaleigue-Labaste, 2011) défavorise le libre choix du médecin par l'utilisateur et la médecine de proximité tout à fait capable d'assurer l'hormonothérapie et l'évaluation psychiatrique.

4.1.4 Le système pour l'accès aux soins est inégalitaire.

Les personnes exclues des parcours officiels directement (âge, situation familiale) ou indirectement (éloignement domicile-centre de soins, délai d'attente de prise en charge, etc.) cherchent des solutions alternatives parfois sans aide médicale avec tous les risques que cela comporte. Elles se procurent directement des hormones sur internet et/ou se font opérer à l'étranger en assurant elles-mêmes le financement (se reporter à 3.4.3 « recours à des services de santé ») ce qui peut les conduire à la prostitution. Il constate une inégalité des personnes transgenres devant les soins liés à l'argent.

⁷ Exemple : <http://www.sofect.fr/presentation/charte.html>

Les deux classifications actuelles définissent deux caractéristiques essentielles : poser le diagnostic implique que les personnes ressentent une détresse psychologique et souffrent d'un handicap fonctionnel, ce qui n'est d'ailleurs le cas que d'une petite partie des personnes transgenres cherchant potentiellement un traitement (Carroll, 1999 ; Seil, 2004).

De plus, certains auteurs avancent que la détresse ou une déficience fonctionnelle (en particulier dans des environnements sociaux désapprobateurs) sont des expériences courantes liées à l'incongruence de genre, mais ne seraient pas nécessaires pour le diagnostic (De Cuypere, Janes et Rubens, 1995; Zucker, Bradley, et al, 2012) .

Dans ce contexte, les objectifs principaux de cette étude, en accord avec la recherche principes de Robles et al. (2017) étaient d'examiner si :

1. Si toutes les personnes transgenres disent avoir vécu une détresse psychologique ou un handicap fonctionnel (comme le voudraient la CIM 10 et le DSM V) ou pas
2. Si la détresse psychologique et le handicap fonctionnel peuvent résulter d'autres facteurs que l'identité de genre, en particulier le rejet et la violence dont les personnes transgenres sont victimes

4.2 L'objectif secondaire

L'objectif secondaire est d'étendre le second objectif à l'utilisation des services de santé pour la transformation du corps , et d'examiner si le recours aux soins est également lié au rejet et à la violence.

Les résultats obtenus auprès de 69 personnes transgenres françaises montrent d'abord que toutes disent avoir ressenti un inconfort avec plusieurs aspects de leur corps et avoir effectué différents changements afin de se rendre plus semblables au sexe désiré.

Cependant, si un pourcentage élevé de personnes déclare avoir souffert de détresse psychologique ou vécu des handicaps fonctionnels, ce n'est pas le cas de la totalité d'entre elles. De plus, cette détresse et ces handicaps apparaissent comme étant liés à une forme de rejet et violence, principalement psychologique et physique, dans le cadre de l'école ou du travail et de celui de la famille.

Ces résultats confortent l'idée que si la détresse est importante elle n'est pas toujours présente et qu'elle est liée de façon très importante au rejet et à la violence. Face à ce constat, on se souviendra que c'est précisément le retrait de l'homosexualité de la CIM et du DSM qui a marqué l'amélioration de l'intégration sociale et des droits des personnes homosexuelles.

Par contre, le recours à des services de santé ne se révèle lié à aucun de ces facteurs.

On peut reprocher à cette étude la faiblesse des effectifs, due au fait d'avoir limité l'âge à 50 ans et d'avoir recruté les personnes interviewées dans un seul centre, sur la base du volontariat. Cette contrainte a eu comme conséquence que certains groupes étaient très faiblement représentés.

On peut également reprocher à l'étude de ne fonder ses résultats que sur des données rétrospectives et des souvenirs anciens.

Ces faiblesses sont sans doute compensées par le fait que plusieurs pays de langue et de culture différentes mènent cette étude et que l'examen de la concordance des résultats sera un moyen d'y répondre. On note d'ores et déjà une grande concordance entre les résultats français et ceux obtenus au Mexique.

En résumé, comme dans l'étude princeps, la détresse psychologique et le handicap fonctionnel ne sont pas rapportés par toutes les personnes interrogées. De plus, les résultats suggèrent que cette détresse et ce handicap ne proviennent pas uniquement de la trans identité, mais également de facteurs sociaux, tels que le rejet et la violence dont sont victimes les personnes transgenres.

En conclusion, cette étude met en cause la nécessité de la présence d'une détresse et d'un handicap fonctionnel chez toutes les personnes transgenres, que les deux classifications actuelles, la CIM 10 et le DSM V considèrent comme des caractéristiques essentielles. Elle met également en cause la source de cette détresse et de ce handicap. Contrairement au point de vue jusqu'ici dominant, la détresse et le handicap ne sont pas uniquement liés à l'incongruence de genre, mais aussi à un contexte de rejet de violence social. Ces résultats, comme ceux obtenus par Robbles et al. (2016), appuient le projet d'une déclassification de l'incongruence de genre en dehors de la catégorie des troubles mentaux.

5. TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques démographiques, utilisation de services de santé pour la transformation du corps, et type de chirurgie, en fonction de l'identité de genre actuelle

	Echantillon total (n = 69)	Femmes/ Femmes-trans (n = 42)	Hommes/ Hommes-Trans (n = 27)
<i>Moyenne, écart type et écart de variation</i>			
Age (années)	27.7; 9.7; 18-50	30.8; 11.0; 18-50	22.9; 4.4; 18-34
Années d'éducation	13.7; 2.5; 9-20	14.0; 2.5; 9-20	13.3; 2.4; 9-18
	<i>n %</i>		
Situation professionnelle - Salariés	26 37.7	16 38.1	10 37.0
Statut Marital- Seuls	51 73.9	31 73.8	20 74.1
Transformation du corps- Oui	57 82.6	33 78.6	24 88.9
Traitement hormonal	57 82.6	33 78.6	24 88.9
Chirurgie	23 33.3	12 36.4	11 45.8
<i>Moyenne, écart type et écart de variation</i>			
Age de la 1 ^o prise de conscience de l'identité transgenre et de la nécessité de faire quelque chose	9.2; 3.9; 3-17	9.9; 3.9; 3-17	8.2; 3.7; 3-16
Age de la 1 ^o prise de conscience des caractéristiques sexuelles secondaires ^a <i>(Période de référence de l'étude)</i>	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 du premier traitement hormonal	24.8; 9.0; 14-50	27.3; 10.9; 14-50	21.2; 3.6; 17-28
Age de la première chirurgie	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 de chirurgie (parmi ceux qui y ont eu recours)	<i>n %</i> (n=23)	<i>n %</i> (n=12)	<i>n %</i> (n=11)
Mastectomie	11 47.8	--	11 100
Implants mammaires	7 30.4	7 58.3	--
Nez	4 17.3	4 33.3	--
Hystérectomie	4 17.3	--	4 36.3
Féminisation faciale	3 13.0	3 25.0	--
Réassignation sexuelle	3 13.0	3 25.0	--
Lippo-sculpture	2 8.6	2 16.6	--
Menton	2 8.6	2 16.6	--
Pomme d'Adam	2 8.6	2 16.6	--
Front	2 8.6	2 16.6	--
Implants capillaires	2 8.6	2 16.6	--
Ovariectomie	2 8.6	--	2 18.1
Implants fessiers	2 8.6	1 8.3	1 9.0
Joues	1 4.3	1 8.3	--
Gorge	1 4.3	1 8.3	--

^a Base = Age de prise de conscience de l'identité transgenre inférieur ou égal à 12 ans.

Tableau 2. Inconforts liés au corps, changements corporels et comportementaux, en fonction de l'identité de genre actuelle

	Echantillon total (n=69)		Hommes/ Homme trans (n=27)		Femmes/ Femmes-trans (n=42)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Zone d'inconfort</i>						
Organes génitaux	50	72.5	19	70.4	31	73.8
Voix	43	62.3	22	81.5	21	50.0
Pilosité pubienne	20	29.0	3	11.1	17	40.5
Hanches	23	33.3	18	66.7	5	11.9
Poitrine	47	68.1	27	100.0	20	47.6
Mains ou pieds	12	16.7	3	11.1	9	21.4
Pilosité faciale (si déclaré homme à la naissance)	--		--		24	57.1
Pilosité corporelle (si déclaré homme à la naissance)	--		--		22	52.4
Menstruation (si déclarée femme à la naissance)	--		23	85.2	--	
<i>Changements de comportements dans le but de ressembler plus au sexe désiré</i>						
Tentative de changer l'apparence physique	52	75.4	23	85.2	29	69.0
S'habiller différemment	46	66.7	22	81.5	24	57.1
Choisir un autre prénom (même s'il n'est pas partagé avec l'entourage)	36	52.2	16	59.3	20	47.6
Changer ses activités ou passe-temps	3	4.3	2	7.4	1	2.4
Demander à être désigné selon le genre souhaité	28	40.6	14	51.9	14	33.3

Tableau 3. Identité de genre, utilisation de services de santé, violence et rejet, en fonction de en fonction de la détresse et des dysfonctionnements

	<i>Pas de Détresse</i> <i>n= 8</i>		<i>Détresses</i> <i>n= 61</i>		
	n	%	n	%	
<i>Variables démographiques</i>					
Identité de genre actuelle - Homme	1	12.5	26	42.6	$\chi^2_{(1)} = 2,6, p = 0.10$
Femme	7	87.5	35	57.4	
Statut marital - Célibataire	6	75.0	45	73.8	$\chi^2_{(1)} = 0,006, p = 0.94$
Activité - Emploi rémunéré	5	62.5	21	34.4	$\chi^2_{(1)} = 2,3, p = 0.12$
Age (années) (<i>moyenne, écart-type, écart de variation</i>)	32.5; 9.8; 20-47		27.1; 9.6; 18-50		$t_{(67)} = 1,4, p = 0.14$
Années d'éducation (<i>moyenne, écart-type, écart de variation</i>)	13.6; 2.2; 10-16		13.8; 2.5; 9-20		$t_{(67)} = 0,1, p = 0.85$
<i>Inconfort corporel et recours à des services de santé pour la transformation du corps</i>					
Organes génitaux - Oui	4	50.0	46	75.4	$\chi^2_{(1)} = 2,2, p = 0.13$
Changements corporels (global) - Oui	5	62.5	48	78.7	$\chi^2_{(1)} = 1,0, p = 0.30$
Pilosité faciale et corporelle (si déclaré homme à la naissance, n=42)	2	28.6	29	82.9	$\chi^2_{(1)} = 8,8, p = 0.003$ Fisher = 0.009
Inconfort avec la pilosité pubienne - Oui	2	25.0	18	29.5	$\chi^2_{(1)} = 0,007, p = 0.79$
Recours à des services de santé pour une transformation corporelle - Oui	6	75.0	51	83.6	$\chi^2_{(1)} = 0,36, p = 0.54$
Chirurgie pour une transformation corporelle - Oui (n=57)	3	50.0	20	39.2	$\chi^2_{(1)} = 0,2, p = 0.61$
<i>Changements pour ressembler au sexe désiré</i>					
Apparence Physique - Oui	5	62.5	47	77.0	$\chi^2_{(1)} = 0,8, p = 0.36$
Habillement - Oui	6	75.0	40	65.6	$\chi^2_{(1)} = 0,2, p = 0.59$
Demander à être désigné selon le genre souhaité - Oui	2	25.0	26	42.6	$\chi^2_{(1)} = 0,9, p = 0.34$
<i>Expériences de rejet et de violence</i>					
Expérience de rejet - Oui	3	37.5	35	57.4	$\chi^2_{(1)} = 1,1, p = 0.28$
Rejection familial - Oui	2	25.0	20	32.8	$\chi^2_{(1)} = 0,1, p = 0.65$
Rejet par des amis - Oui	1	12.5	9	14.8	$\chi^2_{(1)} = 0,02, p = 0.86$
Rejet par des camarades d'études ou des collègues de travail - Oui	1	12.5	26	42.6	$\chi^2_{(1)} = 2,6, p = 0.10$
Expérience de violence - Oui	2	25.0	30	49.2	$\chi^2_{(1)} = 1,6, p = 0.19$
Violence physique - Oui	1	12.5	16	26.2	$\chi^2_{(1)} = 0,7, p = 0.39$
Violence psychologique - Oui	2	25.0	30	49.2	$\chi^2_{(1)} = 1,6, p = 0.19$
Violence sexuelle - Oui	--		9	14.8	$\chi^2_{(1)} = 1,3, p = 0.24$
Violence à l'école ou au travail -	1	12.5	7	11.5	$\chi^2_{(1)} = 0,007, p =$

Oui			.093
Violence économique – Oui	1 12.5	7 11.5	$\chi^2_{(1)} = 0.007, p = 0.93$
<i>Intensité du dysfonctionnement (0 à 10)</i>			
Dysfonctionnement familial ^a	1.7; 2.3; 0-6	3.6; 3.6; 0-10	$t_{(67)} = 1.3, p = 0.16$
Dysfonctionnement social ^a	3.3; 3.7; 0-9	5.4; 3.3; 0-10	$t_{(67)} = 1,6, p = 0.10$
Dysfonctionnement à l'école / au travail ^a	2.6; 4.3; 0-10	5.2; 3.1; 0-10	$t_{(67)} = 2,1 p = 0.03$
	<i>Dysfonctionnement</i> n= 10	<i>Pas de</i> <i>dysfonctionnement</i> n= 59	
	n %	n %	
<i>Démographie</i>			
Identité actuelle - Homme	3 30.0	24 40.7	$\chi^2_{(1)} = 0,4, p = 0.52$
- Female	7 70.0	35 59.3	
Statut marital - Célibataire	8 80.0	43 72.9	$\chi^2_{(1)} = 0,2, p = 0.63$
Activité - Rémunéré	5 50.0	21 35.6	$\chi^2_{(1)} = 0,7, p = 0.38$
Age (années) (Moyenne, écart-type, écart de variation)	29.7; 9.4; 20-47	27.4; 9.8; 18-50	$t_{(67)} = 0,6, p = 0.50$
Années d'éducation (Moyenne, écart-type, écart de variation)	14.3; 2.4; 10-17	13.6; 2.5; 9-20	$t_{(67)} = 0,7, p = 0.48$
<i>Inconfort corporel et recours à des centres de soin pour transformations</i>			
Organes génitaux - Oui	8 80.0	42 71.2	$\chi^2_{(1)} = 0,3, p = 0.56$
Changements corporels (Global) - Oui	7 70.0	46 78.0	$\chi^2_{(1)} = 0,3, p = 0.58$
Pilosité faciale et corporelle (si déclaré homme à la naissance, n=42)	4 57.1	27 77.1	$\chi^2_{(1)} = 1,2, p = 0.27$
Inconfort avec la pilosité pubienne - Oui	3 30.0	17 28.8	$\chi^2_{(1)} = 0,006, p = 0.93$
Service de santé pour transformation - Oui	7 70.0	50 84.7	$\chi^2_{(1)} = 1,2, p = 0.25$
Chirurgie pour transformation - Oui (n=57)	3 42.9	20 40.0	$\chi^2_{(1)} = 0,02, p = 0.88$
<i>Changements pour ressembler au genre désiré</i>			
Apparence physique - Oui	7 70.0	45 76.3	$\chi^2_{(1)} = 0,1, p = 0.67$
Habillement - Oui	9 90.0	37 62.7	$\chi^2_{(1)} = 2,8, p = 0.09$
Demander à être désigné selon le genre souhaité - Oui	3 30.0	25 42.4	$\chi^2_{(1)} = 0,5, p = 0.46$
<i>Expériences de rejet et de violence</i>			
Expérience de rejet (global) - Oui	2 20.0	36 61.0	$\chi^2_{(1)} = 5, p = 0.01$ Fisher= 0.03
Rejet par la famille - Oui	1 10.0	21 35.6	$\chi^2_{(1)} = 2,5, p = 0.10$
Rejet par des amis - Oui	2 20.0	8 13.6	$\chi^2_{(1)} = 0,2, p = 0.59$
Rejet par des camarades d'études ou des collègues de travail - Oui	--	27 45.8	$\chi^2_{(1)} = 7,5, p = 0.006$ Fisher = 0.005
Expérience de violence – Oui	2 20.0	30 50.8	$\chi^2_{(1)} = 3,2, p = 0.07$
Violence physique - Oui	1 10.0	16 27.1	$\chi^2_{(1)} = 1,3, p = 0.24$

Violence psychologique - Oui	2 20.0	30 50.8	$\chi^2_{(1)} = 3,2, p = 0.07$
Violence sexuelle - Oui	--	9 15.3	$\chi^2_{(1)} = 1,7, p = 0.18$
Violence à l'école / au travail - Oui	--	8 13.6	$\chi^2_{(1)} = 1,5, p = 0.21$
Violence économique - Oui	--	8 13.6	$\chi^2_{(1)} = 1,5, p = 0.21$
	<i>Pas d'utilisation de services de santé n= 12</i>	<i>Utilisation de services de santé n= 57</i>	
	n %	n %	
<i>Démographie</i>			
Identité actuelle – Homme	3 25.0	24 42.1	$\chi^2_{(1)} = 1,2, p = 0.27$
– Femme	9 75.0	33 57.9	
Statut marital - Célibataire	8 66.7	43 75.4	$\chi^2_{(1)} = 0,3, p = 0.52$
Activité - Rémunéré	1 8.3	25 43.9	$\chi^2_{(1)} = 5,3, p = 0.02$ Fisher= 0.02
Age (années) (moyenne, écart-type, écart de variation)	28.0;9.6; 21-48	27.7; 9.9; 18-50	$t_{(67)} = 0.09, p = 0.92$
Années d'éducation (moyenne, écart-type, écart de variation)	14.4; 2.8; 10-20	13.6; 2.4; 9-18	$t_{(67)} = 0,9, p = 0.34$
<i>Inconforts corporels</i>			
Organes génitaux - Oui	8 66.7	42 73.7	$\chi^2_{(1)} = 0,2, p = 0.62$
Changements corporels (global) - Oui	9 75.0	44 77.2	$\chi^2_{(1)} = 0,02, p = 0.87$
Pilosité faciale et corporelle (si déclaré homme à la naissance, n=42)	7 77.8	24 72.7	$\chi^2_{(1)} = 0,09, p = 0.76$
Inconfort avec les poils pubiens - Oui	3 25.0	17 29.8	$\chi^2_{(1)} = 0,1, p = 0.73$
<i>Changements pour ressembler au genre désiré</i>			
Apparence physique – Oui	9 75.0	43 75.4	$\chi^2_{(1)} = 0,001, p = 0.97$
Habillement – Oui	7 58.3	39 68.4	$\chi^2_{(1)} = 0,4, p = 0.50$
Demander à être désigné selon le genre souhaité	1 8.3	27 47.4	$\chi^2_{(1)} = 6,2, p = 0.01$ Fisher=0.02
<i>Expériences de rejet et de violence</i>			
Expérience de rejet (global) – Oui	7 58.3	31 54.4	$\chi^2_{(1)} = 0,06, p = 0.80$
Rejet familial - Oui	2 16.7	20 35.1	$\chi^2_{(1)} = 1,5, p = 0.21$
Rejet par des amis - Oui	1 8.3	9 15.8	$\chi^2_{(1)} = 0,4, p = 0.50$
Rejet par des camarades d'école / collègues de travail - Oui	4 33.3	23 40.4	$\chi^2_{(1)} = 0,2, p = 0.65$
Expérience de violence (Global) - Oui	5 41.7	27 47.4	$\chi^2_{(1)} = 0,1, p = 0.71$
Violence physique - Oui	2 16.7	15 26.3	$\chi^2_{(1)} = 0,4, p = 0.48$
Violence psychologiques –Oui	5 41.7	27 47.4	$\chi^2_{(1)} = 0,1, p = 0.71$
Violence sexuelle -Oui	--	9 15.8	$\chi^2_{(1)} = 2,1, p = 0.14$
Violence école / travail – Oui	1 8.3	7 12.3	$\chi^2_{(1)} = 0,1, p = 0.69$
Violence économique – Oui	1 8.3	7 12.3	$\chi^2_{(1)} = 0,1, p = 0.69$

<i>Intensité du dysfonctionnement (0 à 10)</i>			
Dysfonctionnement familial ^a	3.4; 3.4; 0-10	3.3; 3.6; 0-10	$t_{(67)} = 0,02, p = 0.97$
Dysfonctionnement social ^a	6.0; 3.4; 0-10	5.0; 3.4; 0-10	$t_{(67)} = 0,8, p = 0.38$
Dysfonctionnement à l'école ou au travail ^a	5.0; 3.2; 0-9	4.8; 3.3; 0-10	$t_{(67)} = 0,09, p = 0.92$

La probabilité exacte de Fisher a été calculée quand les χ^2 étaient significatifs

^a Adapté de l'échelle d'incapacité de Sheehan (1996)

II. PERCEPTION DU DIAGNOSTIC ET DE L'INTITULE *GENDER INCONGRUENCE* AUPRES DE PERSONNES TRANS FRANCOPHONES (QUESTIONS ADDITIONNELLES)

6. Pourquoi des « questions additionnelles » ?

Il nous a semblé qu'il allait être utile de compléter les questions de base, traduites du questionnaire initial de l'OMS, par des questions portant sur les enjeux de nomination et de traduction, qui sont mobilisés par la révision d'une classification : cette révision concerne une réévaluation et une redéfinition du diagnostic, mais, du même coup, cette redéfinition produit généralement une re-nomination et une retraduction (comme c'est le cas ici), qu'il faut également évaluer.

Cela paraissait important au moins à trois titres :

- 1) Une des préoccupations et préconisations de la CIM-11 est de veiller à ce que cette nouvelle classification non seulement améliore la qualité des diagnostics, mais contribue également à la lutte contre la stigmatisation. Est-ce que la nouvelle classification envisagée (*gender Incongruence*) répond à cette préconisation ? Cela supposait de questionner spécifiquement les personnes interrogées sur cet aspect ;
- 2) Les questions additionnelles ont été également soucieuses de faciliter l'évaluation de l'expression « *gender incongruence* », qui non seulement peut être traduite de diverses façons en français, mais qui aussi (et surtout), dans le passage d'une langue à l'autre, transporte des significations dont il fallait évaluer la capacité à lutter contre la stigmatisation. L'expression « *gender incongruence* », traduite en français, ne trahit-elle pas involontairement un risque de nouvelle stigmatisation ?
- 3) La CIM-11 préconise également la valorisation de « *l'empowerment* » des usagers de la CIM, qui n'est pas un outil aux seules mains des professionnels de santé. Les questions additionnelles ont donc sollicité les personnes interrogées dans leur capacité d'agir sur les questions soulevées par cette requalification et cette reclassification qui les concernent directement, et dont elles ont « une expertise » (Reucher, 2005). Ces questions additionnelles mettent en évidence ce savoir-là : que pensent les personnes concernées de cette expression « *gender incongruence* » et quelles préconisations en font-elles ?

Pour la version française, le questionnaire de base a donc été complété de « questions additionnelles » (cf annexe 1QA), centrées sur le vocabulaire, les auto et hétéro-nominations dont les personnes trans font l'expérience. Ces personnes interrogées ont également été sollicitées pour donner

un avis sur la nouvelle désignation envisagée par la CIM 11 (*gender incongruence*) et sur sa traduction française. Ce questionnaire comporte trois parties : une partie centrée sur le vocabulaire actuellement utilisé par et/ou pour les personnes trans (questions 1 à 5), une partie sur les questions de traduction et de nouvelle nomination (questions 6 à 9) et une partie sur les souhaits d'amélioration de l'accompagnement (questions 10 et 11).

7. Analyse qualitative des questions additionnelles 1 à 9 :

1-1 On peut remarquer ceci : les réponses aux questions additionnelles 1 à 4 (cf annexe 2QA : QA1-QA4) ne font pas apparaître une manière spécifique de nommer les personnes dans le cadre des relations intersubjectives : comme pour les personnes cis, la manière de se désigner passe par le prénom (ou le surnom), et secondairement par le genre revendiqué (M ou Mme). Il en est de même des proches (famille, amis) qui s'adressent à la personne par son prénom, et des professionnels de santé qui utilisent –généralement- la référence au genre souhaité par la personne (M ou Mme).

On pourrait donc dire en ce sens que la question de la nomination de la transidentité n'est pas une question relationnelle : dans la relation humaine, les codes utilisés sont les codes sociaux communs (prénom, et M. Mme, selon le degré de familiarité).

La question de la nomination de la transidentité relève donc plus d'une question « discursive » (ou « objective ») et non relationnelle (ou subjective et intersubjective) : c'est plutôt quand on parle des personnes et non aux personnes, que cette question de la classification se pose.

La manière dont l'environnement va se représenter la spécificité de la personne (qui est trans du point de vue cis), c'est cela qui, sans doute, contribue aux phénomènes de classification qui produisent à leur tour des phénomènes de marquage et de stigmatisation. C'est donc à cet endroit que le processus de performativité⁸ de la classification⁹ va se produire dans un sens stigmatisant – ou pas.

2-2 Cela donne encore plus d'intérêt aux questions 5 et 6 (cf annexe 3QA : QA5 et QA6), qui demandent aux personnes ce qu'elles pensent des mots qui les désignent non pas en tant que personne mais en tant que personne trans, sur la manière non pas dont on leur parle mais dont on parle d'elles : les résultats soulignent alors une grande réticence quant aux termes utilisés, jusqu'y compris dans la traduction française de *gender incongruence* : 37% des personnes refusent de s'engager dans une traduction.

2-3 Les questions 7 à 9, où les personnes sont interrogées sur la pertinence ou non de l'expression « *gender incongruence* » et sur leurs idées de renomination, sont les plus instructives – et alertantes- de ce questionnaire additionnel francophone. En prolongement des réponses apportées ici sur les questions de traduction (QA6), les réponses à QA7 mettent clairement en évidence le rejet de

⁸ Butler J. *Le pouvoir des mots. Politique du performatif*. Paris : Amsterdam 2004

⁹ Desmons P. *La pathologie de la « normalité » : l'exemple des questions de genre et de sexualité*. In *Santé mentale : guérison et rétablissement* sous la direction de Déchamp-Le Roux C et Rafael F. Paris. John Libbey 2015

l'expression « *gender incongruence* », quelque soit sa traduction. Sur 72 réponses, 13 accordent une pertinence à « *gender incongruence* », et 40 la jugent négativement ou non adaptée, 19 la trouvant « moyennement » adaptée. La QA8 donne des raisons à ces réticences, raisons liées en particulier à deux types de problèmes :

problèmes liés au terme « incongruence », connoté négativement en français : « *Terme qui fait encore psychiatrique ; quand j'entends incongruence j'entends anormal ; je trouve ça stigmatisant en français ; c'est un terme cis ; les personnes en transition sont des personnes normales alors pourquoi les classer comme « incongruentes » ; incongruence ça ressemble à bizarrerie ; ça fait un peu ridicule ; incongru est un mot péjoratif ; on dirait une maladie compliquée ; ça donne l'impression que les personnes sont problématiques ; le genre n'est pas incongru c'est le sexe qui l'est ; le terme ne convient pas car c'est une variation et non un problème ; incongruence ça fait pas normal ; donne l'impression qu'on n'est pas sûr de notre identité ; la sonorité et le sens fait bête de foire ; incongru ressemble à quelque chose qui arrive et ne plaît pas, il rapporte le côté anormal ; on ne dit pas d'une personne cis qu'elle a une congruence de genre... »*,

ou problèmes liés aux difficultés sémantiques du terme, dont le sens n'est pas compris en français : « *pas explicite ; je ne comprends pas la signification exacte ; difficile à prononcer ; ça sonne mal ; je ne sais pas ce que veut dire incongruence ; je ne connais pas la définition de ce mot ; ce n'est pas un mot transparent ; c'est inesthétique à l'oreille ; incongru c'est incongru ; incompréhensible pour le grand public ; incongruence est un mot bizarre ; fait penser à quelque chose de culinaire ; ça sonne mal ; trop dur à comprendre ; c'est moche ; ce n'est pas parlant ; je n'aime pas la sonorité de incongruence ; incongruence est un terme inconnu du grand public et pas simple à prononcer ; peu compréhensible dans sa globalité ; le tout n'a pas de sens... »*.

Dans ce contexte, les tentatives pour suggérer d'autres mots ne sont pas faciles (QA9): outre quelques personnes qui réutilisent le terme actuel de « *dysphorie de genre* », on peut souligner la fréquence avec laquelle les réponses à cette question de la renomination font référence à l'idée de changement, en recourant aux mots de préfixes trans : « *transition, transformation, transidentité, transgenre* » sont les mots les plus évoqués pour nommer en français cette question, et les mots qui en prolongent l'idée : « *diversité, variation* ».

8. Analyse quantitative QA10 et QA11 :

à l'aide du logiciel Alceste les questions additionnelles 10 et 11 ont été comparées aux réponses données aux questions 11, 12, 25, 26, 27 du questionnaire de base :

Rappel : Les QA 10 et QA11 sont les suivantes :

- QA10: Avez-vous des propositions à faire pour améliorer l'information, le soutien, ou les soins apportés aux personnes en changement de genre?

- QA11: Avez-vous des propositions à faire pour que les professionnels de santé puissent mieux répondre aux besoins des personnes en changement de genre?

Cette analyse quantitative (cf annexe 4 QA) permet de faire apparaître ceci :

- la QA10 a une réponse unanime demandant une augmentation de l'information et des interventions dans les écoles, et un sous discours porté par les personnes de genre « autre » demandant une reconnaissance et une simplification des procédures légales ;
- la QA11 possède deux grandes modalités de réponses : la présence de détresse et de recours aux soins psy fait émerger un discours demandant une dépsychiatisation et une amélioration du système de soin psy, et l'absence de détresse fait ressortir un discours demandant une meilleure formation des professionnels.

Cinq axes émergent de cette analyse quantitative :

- 1) développer des actions d'information et de sensibilisation, notamment dans les écoles ;
- 2) simplifier les procédures légales ;
- 3) réduire le suivi psy ;
- 4) améliorer l'accès aux soins psy ;
- 5) mieux former les professionnels non psy ;

9. Problèmes de traduction francophone de *Gender incongruence*

On peut souligner qu'en français, « incongruence » de ou du genre pose au moins deux problèmes (et que la réticence massive des personnes interrogées semble soupçonner) :

- 1) En français, le mot *incongruence* est très peu usité, et renvoie à son adjectif : *incongru*. On peut dire qu'en français, le mot *incongruence* est lui-même incongru et a une certaine incongruité...
- 2) Cette expression « incongruence de/du genre » échappe très difficilement à une connotation négative, ainsi que le donnent à lire les définitions proposées par le Littré du mot « incongru » (*incongruence* n'existe pas dans le Littré !) : « *Incongru* : 1) qui n'est pas congru. Convenable. 2) Terme de grammaire. Qui pèche contre les règles de syntaxe. Phrase incongrue. 3) Familièrement et par plaisanterie : qui est sujet à manquer aux usages du monde, aux bienséances »

On peut donc comprendre l'embarras des personnes questionnées sur la pertinence, en français, de cette expression *Gender Incongruence*, et des failles de sa traduction.

On peut enfin aussi souligner que cette expression s'inscrit dans la liste déjà longue des expressions créées par les classifications successives¹⁰. L'instabilité de ces expressions, régulièrement « révisées » devrait alerter sur ces problèmes répétitivement soulevés pour nommer une situation qui résiste aux systèmes classiques de nomination, que les problèmes de traduction amplifient, et que la reclassification envisagée par la CIM 11 pourrait prévenir.

10) Reflexions et préconisations :

L'analyse de ce questionnaire additionnel rejoint les réflexions¹¹ et les travaux menés par ailleurs sur la renomination des intitulés francophones concernant les personnes trans. On peut même dire que, pour une fois, il y a un certain consensus aussi bien du côté des personnes trans que du côté des professionnels (cf Chiland C. 2011 : « *Est-il préférable d'être « incongru » plutôt que « troublé » ?* »).

Des travaux francophones sur ces questions, en particulier français et canadiens¹², convergent vers une conception plus ouverte de la nomination de la transidentité, non définie comme une incongruence (ou une dysphorie) mais comme une variation ou une variance de ou du genre. (cf annexe 5 QA).

C'est cette expression (*variations de genre* ou *variance de genre*) qui, à l'issue de cette enquête paraîtrait répondre aux objectifs de la révision de la CIM, à la fois de non stigmatisation, de reconnaissance du parcours spécifique vécu par les personnes trans, et des expertises qui en émergent.

¹⁰ : à partir de de 1965 les personnes transidentitaires sont classées dans le chapitre des **déviations sexuelles** : **CIM 8** Travestitisme, **CIM9** travestisme et trans-sexualisme. À partir de 1990 elles sont classées dans les **troubles de l'identité sexuelle** : **CIM 10** transsexualisme, travestisme bivalent, trouble de l'identité sexuelle de l'enfance.

¹¹ Cf Deuxièmes rencontres nationales des Collectifs trans Lille 2017

¹² Cf Alexandre Baril, (Université Ottawa), Maxime Faddoul (UQAM Québec), Karine Espineira (Université Paris 8), Maud-Yeuse Thomas (ODT : Observatoire des Transidentités)

Références Bibliographiques

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition, Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed, rev). Washington, DC: Author.
- Baril, A. (2017). L'anglonormativité et la cisnormativité in *Le témoignage sexuel et intime, un levier de changement social ?* Maria Nengeh Mensah (Dir) Presses de l'Université du Québec.
- Carroll, R. (1999). Outcomes of Treatment for Gender Dysphoria. *Journal of Sex Education and Therapy*, 24, 128-136.
- Cohen-Kettenis, P., & Pfafflin, F. (2009). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behaviour*. DOI: 10.1007/s10508-009-9562-y
- Coordination Team of STP, International Campaign Stop Trans Pathologization. (2013). Recent Developments related to the DSM and ICD Revision Processes. STP, International Campaign Stop Trans Pathologization.
- De Cuypere, G., Janes, C., & Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 180-184.
- Denny, D. (2004). Changing models of transsexualism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8, 9-20.
- Desmons, P. "Vers la CIM11 troubles liés aux genres" *L'Information Psychiatrique* avril 2011
- Drescher, J. (2013). Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health*, 1(1):1-5. DOI:10.1089/lgbt.2013.1500.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnosis in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24, 568-577.
- Espineira, K. (2011) Le bouclier thérapeutique, discours et limite d'un appareil de légitimation. *Le sujet dans la Cité* 2
- Espineira, K. (2016) *Transgender and transexual people's sexuality in the media*. Parallax, Routledge, 80.
- Factor, R., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among threegrups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17, 235-253.
- First, Michael B., Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, & Williams, Janet B.W.: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1996.
- Gate Civil Society Expert Working Group. (2013). Critique and Alternative Proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11. Global Action for Trans Equality. Available at www.transactivists.org
- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10, 86-92.
- Lev, AI. (2005). *Disordering Gender Identity: Gender Identity Disorder in the DSM.IV -TR. Sexual and Gender Diagnoses if the Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*. The Haworth Press Inc. (pp. 35-69). DOI:10.1300/J056v17n03_03.
- Julie Mazaleigue-Labaste. "Vers la CIM11 troubles liés aux genres", *L'Information Psychiatrique* avril 2011.
- Meyer-Bahlburg, H.F. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 461-476.
- Reucher T. (2011). « Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique ». *L'Information Psychiatrique*, 87, 4, 295-299.
- Reucher T. (2005). « Quand les trans deviennent experts ». *Multitudes*, 20, p. 159-164.
- Robles, R., Fresan, A., Vega-Ramirez, H., Cruz-Islas, J., Rodrigues-Pérez, V., & Reed, G. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3, 850-859.

- DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)
- Sheehan, D.V. (1983). *The Anxiety Disease*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and Persisting Gender Dysphoria after Childhood: A Qualitative Follow-up Study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 499-516.
- Suess A., Crego Walters P., Espineira K. (2014), « Depathologization ». *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, Duke University Press, Paisley Currah & Susan Stryker Editors, 1-2, 73-77.
- Tate, C.C., Ledbetter, J.N., & Youssef, C.P. (2012). A Two-Question Method for Assessing GenderCategories in the Social and Medical Sciences. *Journal of Sex Research*, 1-10. DOI: 10.1080/00224499.2012.690110
- Thomas M.-Y. (2011). « Pour un cadre générique du transsexualisme ». *L'Information Psychiatrique*, 87, 4, 301-304.
- Thomas M.-Y., Espineira K. (2017). « Le "transsexualisme", entre normes sociojuridiques, normes de santé et normes de genre ». *Nouvelles pratiques sociales*, 28, 1, 34-48.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: Author.
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). *Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender non-conforming people*, 7 th version. Available online at <http://www.wpath.org>
- Zucker, K.J., Bradley, S.J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S.J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38, 151-189.

Remerciements

Nous tenons à remercier le Dr Bertrand Riff pour sa disponibilité et son aide bienveillante, ainsi que les associations trans* qui ont apporté leur aide d'une façon ou d'une autre à cette étude : *ANT*, *ABC*, *C'est Pas Mon Genre*, *J'en suis j'y reste*, *En-Trans*, ainsi que toutes les personnes qui ont accepté d'y participer.

Annexe 1 QA Présentation des questions additionnelles :

Le questionnaire additionnel qui a été créé ici peut être décomposé en trois parties :

1) Les questions (QA1 à QA5) centrées sur le vocabulaire utilisé :

QA1. Lors de votre transition, quel(s) mots utilisiez-vous le plus pour vous désigner?

QA2. Lors de votre transition, quel(s) mots étaient le(s) plus employé(s) par les professionnels de santé pour vous désigner?

QA3. Lors de votre transition, quel(s) mots étaient le(s) plus employé(s) par les membres de votre famille ou vos amis pour vous désigner?

QA4. Lors de votre transition, quel(s) mots étaient le(s) plus employé(s) par les autres pour vous désigner?

QA5. Parmi ces mots, lequel ou lesquels vous semble(nt) le(s) plus approprié(s) pour vous désigner et désigner les personnes en transition?

2) Les questions (QA6 à QA9) portant sur la traduction de « gender incongruence » :

QA6. L'OMS propose de désigner le changement de genre par le terme anglais "gender incongruence". Si vous deviez le traduire en français, comment-le traduiriez-vous ? 1 Incongruence du genre ; 2 Incongruence de genre ; 3 Non congruence du genre ; 4 Non congruence de genre ; 5 Genre et incongruence ; 6 Genre Incongru ; 7 Aucun ne convient.

QA7. Est-ce que cette expression vous paraît pertinente pour vous désigner et désigner les personnes en transition?

QA8. Pourquoi?

QA9. Avez-vous des idées sur la meilleure manière de désigner le changement de genre?

3) Les propositions d'amélioration dans divers domaines (questions QA10 et QA11) :

QA10. Avez-vous des propositions à faire pour améliorer l'information, le soutien, ou les soins apportés aux personnes en changement de genre?

QA11. Avez-vous des propositions à faire pour que les professionnels de santé puissent mieux répondre aux besoins aux personnes en changement de genre?

Annexe 2 QA : QA 1 à QA4
Résultats synthétiques
- Catégories des mots évoquées aux questions QA1 à QA4 :

QA1. Lors de votre transition, quel(s) mots utilisiez-vous le plus pour vous désigner?

QA2. Lors de votre transition, quel(s) mots étaient le(s) plus employé(s) par les professionnels de santé pour vous désigner?

QA3. Lors de votre transition, quel(s) mots étaient le(s) plus employé(s) par les membres de votre famille ou vos amis pour vous désigner?

QA4. Lors de votre transition, quel(s) mots étaient le(s) plus employé(s) par les autres pour vous désigner?

	La personne elle même	Les professionnels	La famille/les amis	Les autres/inconnus
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Homme/Femme	18% (20)	2% (3)	3% (4)	12% (15)
H/F + orientation	7% (8)	4% (5)	2% (3)	0% (0)
Garçon/fille	4% (5)	0% (0)	1% (1)	0% (0)
Mr/Mme	6% (7)	34% (42)	1% (2)	51% (64)
Prénom/ Surnom	24% (27)	14% (18)	56% (84)	6% (7)
Pronom	8% (9)	6% (7)	9% (14)	7% (9)
Tournure de phrase	4% (4)	6% (7)	11% (17)	2% (2)
Orientation	14% (15)	18% (22)	7% (10)	1% (1)
Médical	0% (0)	12% (15)	1% (2)	0% (0)
Insultes	0% (0)	1% (2)	1% (2)	11% (14)
Non binaire	9% (10)	0% (0)	1% (1)	1% (1)
Ne genre pas	1% (1)	1% (1)	3% (4)	7% (9)
Autre	5% (5)	2% (2)	4% (6)	2% (2)

-Evaluation de l'accord entre les termes utilisés aux questions QA1 à QA4 en fonction du genre des participants :

	Personne elle-même %(n)	Professionnels %(n)	Famille/ Amis %(n)	Autres/Inconnus %(n)
Termes en accord avec le genre de la personne	83%(91)	54%(66)	56%(79)	56%(65)
Termes en désaccord avec le genre de la personne	4%(4)	16%(19)	28%(40)	30%(35)
Non déterminé	13%(14)	30%(36)	16%(23)	14%(17)

Annexe 3 QA : QA 5 et 6
-Catégories de mots évoquées à la question QA5 :

QA5. Parmi ces mots, lequel ou lesquels vous semble(nt) le(s) plus approprié(s) pour vous designer et designer les personnes en transition?

	%(n)
Homme/Femme	2%(2)
H/F + orientation	2%(2)
Garçon/fille	1%(1)
Mr/Mme	8%(7)
Prénom/ Surnom	6%(6)
Pronom	0%(0)
Tournure de phrase	0%(0)
Orientation	29%(27)
Médical	1%(1)
Insultes	0%(0)
Non binaire	5%(5)
Ne genre pas	0%(0)
Autre	4%(4)
Notion de choix de la personne	42%(40)

-Choix de la traduction (Question QA6) :

QA6. L'OMS propose de désigner le changement de genre par le terme anglais "gender incongruence". Si vous deviez le traduire en français, comment le traduiriez-vous ? 1 Incongruence du genre ; 2 Incongruence de genre ; 3 Non congruence du genre ; 4 Non congruence de genre ; 5 Genre et incongruence ; 6 Genre Incongru ; 7 Aucun ne convient.

	n(%)
Incongruence du genre	10%(7)
Incongruence de genre	25%(18)
Non congruence du genre	1%(1)
Non congruence de genre	9%(6)
Genre et incongruence	3%(2)
Genre incongru	14%(10)
Autres propositions	1%(1)
Aucun ne convient	37%(26)

Annexe 4 QA : QA 10 et QA 11

Les QA 10 et QA11 sont les suivantes :

- QA10: *Avez-vous des propositions à faire pour améliorer l'information, le soutien, ou les soins apportés aux personnes en changement de genre?*
- QA11: *Avez-vous des propositions à faire pour que les professionnels de santé puissent mieux répondre aux besoins aux personnes en changement de genre?*

Les réponses à ces deux questions ont été analysées en global avec comme variables :

- QA10 et QA11 suivant si la réponse était à la question QA10 ou QA11
- Q11_1/2/3/6 suivant la réponse à la question 11 du questionnaire de base: *Quelle est votre identité de genre actuelle (c'est à dire, comment vous percevez-vous)? (1Femme/2Homme/3Homme ou femme transgenre/6Autre)*
- Q12_1/2 suivant la réponse à la question 12 du questionnaire de base: *Quel genre vous a été assigné à la naissance? (1Femme/2Homme)*
- Q25_1/2 suivant la réponse à la question 25 du questionnaire de base: *À l'époque dont nous parlons, dans votre adolescence, À...ANS, avez-vous ressenti une détresse psychologique liée à votre identité de genre? (1Oui/2Non)*
- Q26_1/2/NA suivant la réponse à la question 26 du questionnaire de base: *Avez-vous recherché des soins de santé mentale spécialisés pour faire face à cela? (1Oui/2Non/NA)*
- Q27_1/NA suivant la réponse à la question 27 du questionnaire de base: *Avez-vous reçu ces soins? (1Oui/NA)*

On retrouve ainsi cinq classes dans le discours :

Deux classes pour la QA10 :

- Classe 1 : demandant à faciliter les procédures légales, associée à la QA10, les personnes ayant répondu *genre autre* à la question 11, et la présence de détresse ;
- Classe 4 : demandant des actions d'information et de sensibilisation, associée uniquement à la QA10

Trois classes pour la QA11

- Classe 2 : demandant de faciliter, réduire les délais et la durée du suivi psy, associée à la QA11 et les personnes ayant ressenti de la détresse, ayant fait appel au système de soin psy et l'ayant reçu ;
- Classe 3 : demandant à mieux former les professionnels de santé, associée à QA11, et les personnes n'ayant pas ressenti de détresse
- Classe 5 : demandant de former les médecins, associée à la QA11 et aux personnes n'ayant pas ressenti de détresse ou n'ayant pas eu recours aux soins psy

Le taux d'analyse de 72% du discours est satisfaisant.

Au final on retrouve :

- deux discours distincts malgré le recoupement des deux questions QA10 et QA11, ce qui argumente l'idée que le système de santé n'est pas central dans l'amélioration de l'information, du soutien et des soins ;
- aucune variable autre que la QA10 associée au discours demandant une augmentation de l'information, ce discours étant porté par l'ensemble de la population ;
- un discours très différent entre ceux ayant eu recours au système de soin psy et ceux n'y ayant pas eu recours :
 - * Les personnes ayant eu recours au système de soin psy demandent à réduire les délais et les durées imposées,
 - * Les personnes n'y ayant pas eu recours demandent à mieux former les professionnels et les médecins à la question trans

Annexe 5 QA Variations de genre : glossaires, usages, groupes spécifiques

Nous avons opté pour l'expression de « variations de genre » qui est déjà dans le langage courant dans les groupes queer et non-binaires mais encore assez peu dans le milieu trans en raison de l'usage des glossaires en cours (médicaux et psychiatriques notamment) passés dans le langage courant. Nous avons déjà argumenté dans ce sens et confirmons ce choix à la suite de nos lectures des documents et articles de ces groupes.

L'expression « incongruence de genre » et sa traduction française « non congruent » est quasiment absente, voire critiquée car cela indique encore et toujours un à-côté ou en-dehors de la norme cisgenre dominante maintenant un contexte binaire où les termes s'opposent congruence vs incongruence. Or ce schème pourrait tout aussi bien s'appliquer à des hommes et femmes qui rejettent des stéréotypes, voire des comportements types sans pourtant rejeter leur assignation de genre. La Sofect en France rejette également ce terme mais pour des raisons différentes. Peut-être est-ce dû au fait qu'il ne s'agit pas là d'un terme médical mais perçu comme sociologique.

Les glossaires sont désormais un outil très usité, fréquemment mis à jour, notamment par des personnes bilingues (voire trilingues) qui importent des termes (notamment des USA et Canada) en élargissant le spectre des identités et types de socialités non cisgenres et non binaires, incluant les trans, intersexuées, neuroatypiques, etc. Ces glossaires sont accompagnés d'une critique des Lgbti-phobies, auquel s'ajoute la psychophobie, très usitée chez les gens qui vivent avec une neuroatypie, un trouble bipolaire, etc., en considérant que leur fonctionnement affecte la notion de genre elle-même. J'ai pu ainsi échanger avec des personnes qui sont trans et asperger, trans et bipolaire, etc. Sur le terrain, l'expression de « variations de genre » s'entend donc également dans ce sens et suscite un intérêt croissant dans les groupes de parole (associations et réseaux sociaux). Des groupes spécifiques se sont créés dans les réseaux sociaux liant transphobie et psychophobie pour apporter des réponses à des difficultés spécifiques que ne connaissent pas les personnes neurotypiques.

L'expression tient compte également du contexte culturel. Par exemple, A. Baril décrit et analyse la place et importance de l'intersectionnalité dans les analyses anglophones et francophones (Baril, 2017).

Par ailleurs, ces glossaires proposent des schémas : ils tiennent compte en outre de la grammaire et de la conjugaison, cherchent à désexuer et dégenrer les échanges afin de contrer l'hégémonie de la domination binaire ne parlant que d'hommes et femmes dans un sens naturaliste sans tenir compte des contextes, notamment dans les sociétés à cinq genres sociaux et dont l'ontologie est non naturalistes (nations amérindiennes, par exemple) ; tenir compte de ces identités (pas forcément nouvelles mais visibles) qui ne peuvent/ne veulent rentrer dans un schéma binaire où les « sexes » s'opposent. Les « variations » tiennent compte donc du fait que certaines identités (les agenres et asexuels, par ex.) peuvent être situées « dans la norme dominante » du point de vue de l'intégration sociale (et notamment professionnelle) et de l'apparence de genre, mais hors de celle-ci du point de vue du développement psychique.

Maud-Yeuse Thomas - ODT Observatoire des Transidentités

Alexandre Baril, « *L'anglonormativité et la cisnormativité. (Re)Penser les analyses féministes intersectionnelles anglophones et francophones* », in *Le témoignage sexuel et intime, un levier de changement social ?* Maria Nengeh Mensah (Dir.) Presses de l'Université du Québec, 2017.