

67<sup>e</sup> RENCONTRE DU CRIPS-CIRDD ÎLE-DE-FRANCE\*  
EN PARTENARIAT AVEC ACT UP-PARIS

Contentons  
nous  
de faire  
réfléchir  
n'essayons pas  
de convaincre  
Georges Braque

# PERSONNES **TRANS** ' QUELS ENJEUX DE SANTÉ ?



## **ANNE HIDALGO**

**PRÉSIDENTE, CRIPS-CIRDD ÎLE-DE-FRANCE**

En partenariat avec Act up-Paris, cette rencontre est consacrée à la thématique des personnes trans, sujet sur lequel la réflexion reste encore à conduire. L'objectif est d'ouvrir des espaces de discussion pour mener à des actions de prévention et de lutte contre les discriminations dont font l'objet les trans. La présence d'intervenants venus du Québec, du Portugal ou de Belgique devrait permettre de nous inspirer des initiatives menées à l'étranger. Ces 25 dernières années, aucune étude sur la santé des personnes trans n'a été réalisée en France. Comment peut-on dès lors connaître les besoins réels de cette communauté ? Cette journée de réflexion s'avère donc essentielle pour contribuer à sortir de l'inquiétante invisibilité à laquelle les personnes trans sont confrontées.

## **EMMANUEL CHATEAU**

**COPRÉSIDENT, ACT UP-PARIS**

Les associations de lutte contre le sida, le mouvement LGBT et Act up-Paris ont tardé à aborder la question des trans. Le système français quant à lui continue de l'ignorer. Cette discrimination institutionnelle dont sont victimes les trans se traduit par le déni de droit, la psychiatrisation et l'ignorance. Il n'y a pas à ce jour d'information sur la communauté trans, le nombre de personnes concernées, leur parcours de vie, le niveau d'infection au VIH. La visibilité des personnes trans tient aussi à leur capacité à faire émerger les problèmes auxquels elles sont confrontées. Il est urgent de mettre en place des études en sciences sociales, tant comportementales qu'épidémiologiques comme l'illustre l'étude de Jo Bernardo au Portugal. Il convient aussi de ne pas réduire la question trans à la prostitution, premier des stéréotypes, sans pour autant se désolidariser des trans prostituées.

CENTRE RÉGIONAL  
DE RESSOURCES  
ET D'INFORMATION  
SUR LE VIH/SIDA,  
LES HÉPATITES,  
L'ÉDUCATION À LA VIE  
AFFECTIVE ET SEXUELLE,  
LES DROGUES,  
LES DÉPENDANCES ET  
LES CONDUITES À RISQUE  
CHEZ LES JEUNES

### **Tour**

**Maine-Montparnasse**

**BP53 /**

**75755 Paris cedex 15**

tél **01 56 80 33 33**

fax **01 56 80 33 00**

**www.lecrips-idf.net**

info@lecrips.net

**ouvert au public**

du **mardi** au **vendredi**

de **13h** à **19h**

le **samedi**

de **10h** à **17h**

\* Rencontre du 28 juin 2007. Les rencontres du Crips-Cirdd Île-de-France sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.



PREFECTURE DE LA REGION  
D'ÎLE-DE-FRANCE

La priorité des pouvoirs publics doit être d'engager une large campagne de sensibilisation et de prévention et de mettre en place des actions concrètes dans les domaines suivants : les interactions thérapeutiques, l'accueil des trans' dans le système de soin, l'évaluation du taux de prévalence VIH. Et surtout le droit à l'égalité, qui se traduit par le retrait du transsexualisme de la liste des maladies mentales, la dépsychiatriation, la liberté du choix du praticien. Rappelons que la première des discriminations est la non-reconnaissance du changement d'état civil. L'histoire du sida a montré la nécessaire prise en compte des minorités, qui elles aussi s'inscrivent dans la santé publique.

### **DANIELLE MESSAGER**

**ANIMATRICE, JOURNALISTE, FRANCE INTER**

De qui parlons-nous lorsque l'on évoque les personnes trans'. Les mots ont un sens et un pouvoir sur l'identité. Historique de la sémantique transgenre avec Armand Hotimsky, sexologue.

### **ARMAND HOTIMSKY**

**SEXOLOGUE**

**« Du pouvoir des mots sur l'identité : historique de la sémantique transgenre »**

La sémantique revêt un rôle d'indicateur dans la façon dont la société perçoit les individus et comment elle les intègre. Avec l'émergence de la psychiatrie, les premiers cas de transsexualité sont classés dans les monomanies. Dans son étude médico-légale *Psychopathia sexualis* de 1869, Krafft-Ebing classe les transsexuels dans la catégorie floue des homosexuels. En 1882, Charcot et Magnan publient le livre d'un psychiatre allemand avec un titre évocateur *L'inversion du sens génital*. C'est au XX<sup>e</sup> siècle avec la création du premier centre de sexologie moderne à Berlin par Magnus Hirschfeld que va s'établir une prise en charge médicale et humaniste de cette population. Alors que les traitements hormonaux sont encore inexistantes, la première chirurgie de changement de sexe est effectuée dans les années 1920. À cette époque, on isole dix groupes typiques de travestis et l'on classe les personnes en demande de changement de sexe dans la catégorie des travestis extrêmes. En 1919, apparition du terme transvestisme puis transsexualisme, terme attribué à David Cauldwell en 1949 dans une publication intitulée *Psychopathia transsexualis*. Mais c'est sans conteste Harry Benjamin qui devient le spécialiste incontournable de ce sujet. En 1953 émerge une conception liée à la pratique clinique qui affirme que le transsexualisme est une entité nosographique qui n'est ni une perversion ni une homosexualité. En 1966, Harry Benjamin publie le premier ouvrage grand public sur le sujet, *The transsexual phenomenon*, qui présente les traitements hormonaux et chirurgicaux comme une solution satisfaisante. Il fournit une première définition :

le transsexualisme est le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle. Harry Benjamin marque son influence dans le domaine, ainsi la première organisation internationale de spécialistes portera son nom : The Harry Benjamin international gender dysphoria association. Le monde médical en général développe une approche binaire et simpliste face à la population transgenre en affirmant la division entre les transsexuels et les travestis, fondée sur la différence qui s'effectue au niveau du désir intense et obsessionnel de la chirurgie génitale. En admettant qu'un individu puisse changer de sexe, on lui reconnaît la suprématie de son identité de genre sur le corporel. Néanmoins, un premier conflit linguistique surgit entre les professionnels et leurs clients. Les professionnels de la santé nomment les personnes transsexuelles sur la base anatomique, maintenant ainsi la domination de l'enveloppe corporelle. Une recherche de valorisation du genre sur l'anatomique commence à s'affirmer, exprimant ainsi un besoin profond d'identité et de reconnaissance.

Dans un souci d'harmonie, Virginia Prince, une pionnière du mouvement travesti américain, va créer en 1969, le mot transgenre. Vivant constamment habillée en femme mais ne désirant pas de réassignation sexuelle, il lui fallait se démarquer des transsexuels. Le mot transgenre matérialise cette nouvelle philosophie et permet de briser la dichotomie induite par les définitions médicales. Puis en 1978, Virginia Prince invente le mot transgendériste.

Les années 1980 marquent l'émergence des associations dites transgenres. Le terme est alors détourné de son sens originel et devient adjectif, utilisé comme un terme générique regroupant travestis, transgendéristes, transsexuels, et autres *genders variant* animés par la volonté d'un combat commun pour leurs droits. Ce nouveau concept, appelé outre-atlantique *transgender umbrella*, restitue une égalité de traitement et s'oppose donc à la hiérarchisation verticale des personnes suivant leur avancée dans le processus de transition. On constate donc une nouvelle dynamique horizontale dans laquelle toutes les personnes transgenres participent à une remise en question des stéréotypes de genre. D'autres vocables apparaissent ensuite comme bigenres, intergenres ou des acronymes tels que transsexuel (TS), travesti (TV), transgendériste (TG). Les activistes élaborent donc un glossaire riche qui témoigne de la diversité de la population transgenre : drag queen, *female to male* (FtM), transformistes... L'adhésion à ces termes est forte car elle permet une réappropriation de son identité et un rejet de l'identification médicale qui relève d'un diagnostic. Le carcan médical s'effrite devant la combativité de la population transgenre, marquant ainsi l'émergence d'une approche humaniste de l'accompagnement médical. L'évolution se concrétise : La Harry Benjamin international gender dysphoria association devient, en 2006, la World professional association on transgender health.



## **DANIELLE MESSAGER**

Les mots évoluent sous le poids du militantisme. Marie-Laure Peretti, quelle est l'attitude du psychanalyste face aux trans' ?

## **MARIE-LAURE PERETTI**

**PSYCHOTHÉRAPEUTE, DOCTEUR**

**EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE**

« Les psychanalystes face aux trans' »

Il y a deux façons d'aborder l'échange, vouloir faire « entendre raison » faire rentrer dans la norme, ou bien écouter, aider, d'égal à égal. En 1895, Freud expérimente la *talking cure*, qui marque les prémices de la psychanalyse. Cela consiste à raconter à un autre sa souffrance, une parole salvatrice qui soigne sans pour autant prétendre guérir. Certains psy pensent « guérir » les trans', sous-entendu les ramener dans le genre qui correspond à leur sexe biologique. Ce qui revient donc à porter des jugements qui n'ont pas leur place dans la relation thérapeutique. Ces contre-transferts massifs illustrent la position thérapeutique sans ambiguïté de refus de la parole du patient. Les psychanalystes ont par définition déjà entrepris leur propre travail analytique et doivent de ce fait pouvoir faire preuve d'une empathie détachée de l'angoisse liée à l'intervention chirurgicale. Les psychanalystes doivent être capables d'écouter tout type de personne quelle que soit sa particularité. Lorsqu'une personne trans' engage une démarche personnelle de consultation d'un thérapeute, c'est une manifestation de son désir d'être aidée, et non un désir de traitement de son transsexualisme. La crainte de la réaction de l'autre, qui se manifeste par le doute, est omniprésent chez les trans'. Il faut recevoir la parole de la personne et l'aider à mettre du sens dans son histoire. Les personnes trans' souffrent de ne pas avoir été entendues. Le psychanalyste est donc un témoin qui accompagne son patient sans craindre d'entendre ce qui échappe à la compréhension du plus grand nombre. Pour illustrer les tentations normatives de la psychanalyse, une citation de la psychologue et philosophe Sabine Prokhoris dans *Le sexe prescrit* : « S'agira-t-il, dans le dispositif inventé par Freud, de « reformater » si l'on peut dire, le sujet afin de le réadapter aux normes qui le blessent, moyennant quelques élagages et autres redressements, ou bien, ce qui est tout différent, de lui ménager un espace à l'abri duquel il soit fait droit à la possibilité pour lui d'inventer d'autres normes que celles qui lui font tort, de renouveler en somme les logiques constitutives de son système d'existence ? » Pour finir, si « je » est un autre, comme le dit Rimbaud, c'est bien de la recherche de cet autre dont il est question dans la relation avec le psychanalyste.

## **QUESTIONS DE LA SALLE**

**BRIGITTE DAILLÈRE, ASB** — Je ne me reconnais pas dans transsexuel. C'est l'association avec le mot « sexe » que je n'aime pas. C'est réducteur.

**ARMAND HOTIMSKY** — Beaucoup de gens n'aiment pas le terme transsexuel parce qu'il y a la connotation sexuelle. Pour cette raison Virginia Prince a créé le terme transgenre. Certains se disent transsexuels après l'opération, d'autres au contraire ne se considèrent plus transsexuels après. C'est complexe, et je n'ai pas de réponse toute faite car les termes vont en effet encore évoluer.

**ANNE-SOPHIE FIALON, STS SUPPORT TRANSGENRE STRASBOURG** — Comment peut-on avoir le sentiment de s'exprimer librement si les séances nous sont imposées lors d'un processus de transition ?

**MARIE-LAURE PERETTI** — Il est vrai que mettre un caractère obligatoire est incompatible avec la situation analytique !

## **DANIELLE MESSAGER**

Après les mots, comment les catégories se sont construites et quels sont les enjeux ?

## **ÉRIC FASSIN**

**SOCIOLOGUE**

« Trans' et genre : des catégories construites historiquement »

« Une âme de femme dans un corps d'homme. » Cette formulation classique de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle coïncide avec l'invention de la sexologie. Elle renvoie à la figure de l'inversion, c'est-à-dire l'ensemble des écarts par rapport à la norme sexuelle, confondant genre et sexualité : la psychopathologie sexuelle superpose dans l'inversion l'homosexuel et l'efféminé, et identifie lesbienne et *butch*. Certaines des grandes figures de la sexologie vont utiliser ce savoir nouveau pour lutter contre les préjugés et participer d'une émancipation : l'inversion, c'est donc un projet scientifique, médical et intellectuel, à visée politique.

Cette formulation devient presque cliché ; mais lorsqu'elle est reprise dans les années 1950 et 1960, elle revêt un autre sens. La reformulation que propose alors aux États-Unis la clinique, en particulier avec Robert Stoller, consiste à séparer l'homosexualité de la transsexualité, soit deux problèmes distincts – le premier de sexualité, le second de genre. Aussi le terme de genre est-il alors conceptualisé, pour penser l'écart, manifeste chez les patients trans', entre le comportement (ou genre) et la biologie (ou sexe) : « Une âme de femme dans un corps d'homme. » Le rôle de la clinique, c'est donc de corriger – en alignant le sexe sur le genre, chez les transsexuels. La pathologisation de la fin du XIX<sup>e</sup> avait une visée militante pour protéger les « invertis ». En revanche, le souci des médecins au milieu du XX<sup>e</sup>

siècle, c'est plutôt une « remise en ordre ». Il est vrai que les trans' échappent ainsi au stigmate qui touche l'homosexualité en plein macarthysme.

La première grande figure publique trans' aux États-Unis a d'abord été opérée pour donner l'apparence extérieure du sexe féminin, mais sans vagin ; l'intention était d'assurer la féminité, pas la sexualité. Le but, c'est donc un alignement sur des attentes normatives genrées (avec même des cliniques de genre), qui écarte la question de la sexualité.

Le féminisme, en revanche, va utiliser le genre comme outil critique de l'ordre des sexes, pour dénaturer la féminité – ce qui éclaire les tensions historiques avec le mouvement trans', accusé de vouloir se conformer aux attentes sexistes. Mais bien entendu, les trans' ne sont pas condamnés-e-s aux formulations de Stoller : le mouvement trans' est ainsi amené constamment à repenser son double lien historique – avec le féminisme, et sa critique du genre, mais aussi avec le mouvement gai et lesbien, pour penser la question de la sexualité longtemps restée invisible pour les trans'.

Autrement dit, aujourd'hui, le mouvement trans' participe d'une politisation des questions sexuelles en interrogeant les normes de genre, et de sexualité : la condition trans' donne à voir l'assignation normative qui pèse, différemment sans doute, sur tout le monde – et pas seulement sur les exclus de la norme. En effet, nous sommes tous et toutes soumis à des injonctions (de conformité à la masculinité ou à la féminité). Ainsi, la question trans' est bien minoritaire, mais nullement marginale.

## **TOM REUCHER**

### **PSYCHOLOGUE CLINICIEN**

Les trans' peuvent changer d'État civil après la chirurgie. Hors, avec la nouvelle disposition relative aux passeports, nous sommes dans l'obligation de donner une copie de l'acte de naissance où apparaissent alors les mentions marginales de changement de sexe, ce qui rend en quelque sorte caduc l'État civil. Cette loi est passée sous silence alors qu'elle est proprement injuste.

## **JO BERNARDO**

### **MEMBRE, INTERNATIONAL COMMITTEE ON THE RIGHTS OF SEX WORKERS IN EUROPE (ICRSE)**

**« La communauté transgenre portugaise : une réalité voilée »**

L'identité trans' est une réalité largement connue au Portugal. C'est une population stigmatisée par les institutions gouvernementales et victime des fausses croyances. Une étude de 1998 réalisée sur cinquante individus trans' a conclu aux résultats suivants : 45 % viennent du monde rural ; 28 % ont déménagé de leur lieu de naissance en raison de leur identité de genre ; 16 % sont des étrangers ; l'âge moyen de leur premier

rapport sexuel est de 11 ans. Ces résultats mettent en lumière des informations importantes concernant les problèmes d'adaptation sociale. La plupart n'ont pas recours aux soins par manque de sécurité sociale. 70 % de cet échantillon ne savaient pas que l'accès à la santé était gratuit au Portugal.

Dans ce groupe, 92,9 % sont des travailleur-euses du sexe ; 50 % ont été infectés par plusieurs IST ; 72 % ont fait un test de dépistage du VIH. Parmi les travailleur-euses du sexe, 46,4 % sont séropositifs ; 17,9 % n'ont pas pu ou voulu se prononcer. Parmi le groupe qui exerce une autre activité que la prostitution, 45 % ont répondu être séronégatifs, 54,5 % n'ont pas pu ou voulu se prononcer. Dans ce dernier groupe, personne n'a déclaré sa séropositivité.

Il est intéressant de comparer ces réponses et d'en déduire que les personnes les plus intégrées socialement par leur travail subissent une pression plus importante face à la contamination par le VIH que les travailleur-euses du sexe. 70 % des personnes interrogées avaient déjà consommé de l'alcool, des substances chimiques, de la cocaïne et autres produits psychoactifs. Il sera difficile pour les pays de l'Union européenne de mener à nouveau ce type d'étude sur les travailleur-euses du sexe dans la population trans' à cause des mesures répressives portées à leur encontre.

Les réactions institutionnelles à propos de l'affaire Gisberta illustrent les résultats de cette politique. Gisberta, immigrée brésilienne trans', sans foyer, séropositive, toxico-dépendante et travailleuse du sexe, a été sauvagement assassinée par des adolescents, internes dans un foyer de protection de l'enfance appartenant à l'Église catholique et financé par l'État. La médiatisation de ce meurtre ainsi que la réaction des pouvoirs publics ont mis en lumière l'absence de préoccupation et de considération à l'égard des trans'. Les médias ont parlé d'elle en faisant abstraction de son genre, sans diffuser de photo. L'Église a invoqué des circonstances atténuantes pour ces jeunes, expliquant qu'ils avaient récemment été harcelés par un pédophile. Voici un exemple des amalgames qui ont cours à l'encontre de la population trans'.

Par la suite, et grâce à l'association LGBT Panteras Rosas et à l'European Transgender Network, un système informatif en plusieurs langues a été mis en place pour diffuser l'information sur l'affaire Gisberta et réclamer une réforme du système de protection des mineurs, et une réforme de l'aide pour les groupes marginalisés (SDF, usagers de drogue, travailleur-euses du sexe, personnes séropositives, personnes immigrées...). Autre réclamation : inclure l'identité de genre dans la législation, semblable à l'acte britannique d'identification du genre de 2004, ou à la loi espagnole du 15 mars 2007 qui rectifie la mention du sexe pour les personnes transgenre. Cette dernière stipule aussi la protection contre les crimes de haine motivés par la transphobie dans le cadre de la législation pénale. Par ailleurs, une demande



a été adressée au gouvernement afin de mettre en place des programmes de formation à l'école, sur les lieux de travail et dans les forces de police, sur la question des personnes transgenres, sur la transphobie et l'homophobie. La dépsychiatisation des trans' est aussi une de nos revendications, tout comme le libre accès aux traitements médicaux assorti d'une aide financière pour la chirurgie et les traitements, et enfin le libre choix des médecins praticiens.

Un an et demi après, le constat est le suivant : aucune réponse du gouvernement ne nous a été adressée.

Dans le cas spécifique des trans' prostitué-e-s, la conférence européenne sur le travail du sexe, des droits de l'homme et de la migration de 2005 à Bruxelles, a permis d'identifier une série de droits. La déclaration des droits des travailleur-euses du sexe en Europe n'a pas de valeur juridique mais elle permet d'assurer la protection des droits humains de cette population dans le cadre du travail, de la migration et du droit international. En énonçant ainsi les droits existants, cette déclaration servira d'outil de comparaison pour l'évolution des droits des travailleur-euses du sexe. Concrètement, les préconisations pour optimiser la protection et la prévention des personnes trans' prostitué-e-s au Portugal sont les suivantes : mise en place d'unités de rue, création de centres d'accueil pour favoriser les liens entre les personnes et les services institutionnels, création de microstructures résidentielles pour stimuler l'autonomie, l'orientation, la formation, l'insertion socio-professionnelle, favoriser la gestion de réseaux avec plusieurs organismes des différents contextes locaux. La nécessité impose de fédérer les forces existantes pour permettre de lutter contre les discriminations et réduire les cas de transmission du VIH. Dans le cas où les droits humains ne peuvent servir d'argument pour la défense de cette population, nous devons utiliser les arguments économiques : le coût pour le traitement annuel d'une personne infectée par le VIH/sida est substantiellement supérieur au coût de financement de projets de prévention.

## **ROSINE HORINCO**

**PSYCHOLOGUE ET FORMATRICE, MAGENTA**

**« Évolution de la situation des personnes trans' au niveau légal, psychomédical et associatif en communauté française de Belgique »**

En 1989, le Parlement européen reconnaît le droit au changement de sexe. En 1996, la Cour de justice de la Communauté européenne interprète les discriminations fondées sur le changement de sexe comme des discriminations sur le sexe. En 2002, la Cour européenne des droits de l'homme admet que la non-reconnaissance au niveau juridique du changement de sexe est une atteinte à la vie privée. Pour s'accorder avec les nouvelles dispositions, une proposition de loi est faite en Belgique en 2004, qui a pour but de déjudiciariser le changement

de prénom et de sexe. Cela signifie que ce ne sera plus au juge de procéder au changement de nom mais qu'il s'agira désormais d'une procédure administrative plus rapide. Dans cette proposition il y a une série de conditions strictes pour être considéré comme transsexuelle : être suivi-e par une équipe pluridisciplinaire sur les questions de genre (sachant qu'il n'y en a qu'une seule sur le territoire), et être majeur-e. Le collectif Transaction s'est alors créé en réaction à cette définition restrictive. De cette proposition de loi, les articles 2 à 6 concernant les conditions médicales ont été amendés grâce au lobbying et aux relations publiques de ces associations. Le libre choix du médecin est désormais acquis. Quant à la restriction qui touche les mineurs en demande de changement de sexe, ils devraient pouvoir effectuer une déclaration préalable de changement d'état civil s'ils sont accompagnés de leurs parents. Adopté en 2006 par les deux Chambres, cet amendement est actuellement soumis à la sanction royale. Au niveau du changement de prénom, il est nécessaire de fournir une attestation médicale attestant d'une conviction consciente et irréversible d'appartenir à l'autre sexe, d'avoir entamé un traitement hormonal de substitution et de prouver que le changement de prénom est essentiel au processus de changement de genre. Sur la carte identité, la mention sur l'état civil reste inchangée jusqu'à la modification de l'acte de naissance. Le changement d'état civil est lié à la réassignation sexuelle et se fait chez l'officier de l'état civil (équivalent de la mairie en France). Il faut pour cela remplir les conditions suivantes : avoir une attestation médicale, le physique de la personne doit être adapté au sexe désiré, ne plus pouvoir procréer conformément à son sexe initial. Ce dernier point soulève d'ailleurs des questions d'ordre égalitaire.

Au niveau de la lutte contre les discriminations, sur les conditions ou non de parentalité, la Belgique a adopté une loi en 1976, sur l'égalité des sexes. Deux organisations s'occupent de la défense des personnes subissant des discriminations. Il s'agit de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes et le Centre pour l'égalité des chances et de lutte contre le racisme, qui s'orientera par la suite vers d'autres motifs de discriminations. Ces organismes s'appuient sur la loi anti-discrimination promulguée en 2003 et aident les personnes trans' à reconquérir leur identité et à intégrer leur égalité. Ils disposent pour cela d'un référent nommé sur cette question.

En Belgique, la réassignation chirurgicale est remboursée par la sécurité sociale mais pas la chirurgie esthétique. Cela vaut uniquement pour les trans' belges et non pour les étrangers. Magenta apporte une aide aux personnes trans' pendant les différentes phases du processus de transition mais n'exerce aucun contrôle. Magenta est une association francophone qui a son équivalent en Flandre, la Genderstichting. Celle-ci est reconnue par l'État, et a élaboré un passeport sur lequel

apparaissent deux photos, avant et après la transition. Ce document, sans valeur juridique, peut être signé par un psychologue et sert à justifier l'écart entre la photo et l'état civil.

Pour conclure, la Belgique est un pays où les trans' peuvent se faire opérer, où des avancées légales sont amorcées, bien que les modalités d'application ne soient pas encore prévues. Le réseau des services de soins spécifiques devrait être plus fourni en Belgique francophone, comme il l'est en Flandre et surtout plus soutenu au niveau financier.

### **KAYIGAN D'ALMEIDA**

**INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE,  
CRIPS-CIRDD ÎLE-DE-FRANCE**

« **Personnes trans' et modes de vie en France** »

L'objectif de cette étude, la première menée en France sur les personnes trans', est de dégager le profil socio-démographique, les conditions de santé et la sexualité de la population trans' afin de proposer des services adaptés à cette communauté. Ce questionnaire, rédigé par le Crips-Cirdd Île-de-France et la commission trans' d'Act up, est composé de deux parties : une première partie liée au mode de vie et à la sexualité et une partie facultative sur les comportements addictifs. Il a été diffusé sur internet sur les sites trans' de mai à juin 2007. Sur un échantillon de 179 personnes, la moyenne d'âge est de 39,6 ans. À la première question sur l'identification des personnes trans', aucun terme ne remporte une franche adhésion. Lorsque nous nous intéressons à l'identité sexuelle, les personnes sondées se définissent principalement comme homme ou comme femme avec une proportion non négligeable d'individus se définissant comme n'étant ni homme, ni femme. Par ailleurs, pour les personnes s'identifiant comme transgenre seulement, on voit que 13 % d'entre elles se définissent à la fois comme homme et femme. De la même manière, les personnes trans' déclarent des orientations sexuelles diverses : 42 % se définissent comme hétérosexuels, 21,8 % comme homosexuels, 33,5 % se disent ni hétérosexuels ni homosexuels, 2,7 % à la fois homosexuels et hétérosexuels. En ce qui concerne le fait de subir une opération, un tiers des répondants sont opérés. La majorité des répondants n'est pas opérée et désire l'être. Un quart des répondants n'est pas opéré et ne veut pas l'être.

Pour la situation sociale et le mode de vie des personnes enquêtées, certains résultats sont comparés avec ceux obtenus dans la même classe d'âge en population générale par l'enquête décennale Santé 2005. Les répondants sont français pour 94 % d'entre eux. Parmi ceux-ci, 92 % sont français de naissance et 2 % français par naturalisation. Ces résultats correspondent à ce qui est observé en population générale. Les personnes enquêtées ont un niveau d'études plus élevé que ce qui est observé chez les individus de la même classe d'âge en

population générale. En effet, près de 55 % des participants ont un niveau diplôme universitaire ou équivalent contre 24 % en population générale. En ce qui concerne le logement, une grande majorité des participants est propriétaire ou locataire de son lieu de résidence (83 %). Cependant, 10 % vivent avec leurs parents, ce qui est un peu plus élevé qu'en population générale. La moitié des participants vit seule et 36 % vivent en couple. La majorité n'a pas d'enfants. Lorsqu'on se penche sur le statut matrimonial légal, on constate qu'en accord avec ce qui est énoncé plus haut, 65 % des répondants sont célibataires. Il y a deux fois plus de personnes mariées en population générale que dans la population trans' enquêtée. Pour l'activité professionnelle, 70 % des personnes enquêtées ont une activité professionnelle. Celle-ci est variée, allant des domaines de l'informatique à ceux de l'art en passant par la fonction publique. On note cependant un taux de chômage de 16,2 % et 13,4 % des participants touchent le RMI, soit un taux de précarité plus élevé que ce que l'on observe en population générale.

Dans la première partie du questionnaire, certaines questions concernaient l'état de santé et le recours aux soins des personnes. Les résultats sont similaires à ceux obtenus en population générale. Ainsi les personnes enquêtées bénéficient d'une bonne couverture sociale puisque 95 % bénéficient de la sécurité sociale. 86 % des répondants ont un médecin traitant et 84 % l'ont vu au cours des douze derniers mois. 40 % des personnes enquêtées ont un problème de santé pour lequel elles sont suivies régulièrement. 70 % des personnes enquêtées suivent un traitement hormonal. Pour l'état de santé perçu, 85 % des personnes enquêtées jugent leur état de santé bon, ce qui est un peu plus élevé que ce que l'on observe en population générale. Finalement, 28 % des participants déclarent avoir renoncé à des soins parce qu'ils étaient trop chers. La première partie du questionnaire trans' s'achève par des questions sur la sexualité des personnes. 61 % des participants déclarent avoir eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, des chiffres nettement inférieurs à ceux retrouvés en population générale. La moitié des participants déclare avoir un partenaire principal. 18 % des participants déclarent avoir eu des rapports sexuels en payant ou en étant payés. En ce qui concerne l'usage des préservatifs, on constate qu'ils ne sont pratiquement jamais utilisés lors des rapports bucco-génitaux et 50 % des participants ne l'utilisent jamais pour les rapports avec pénétration. Cependant 40 % des personnes enquêtées utilisent toujours ou presque toujours le préservatif lors des rapports avec pénétration. La moitié des personnes enquêtées a fait un test de dépistage du VIH dans les deux dernières années. Le taux de séropositivité parmi les répondants est de 4,5 % (plus important qu'en population générale) et la quasi-totalité des personnes séropositives est suivie dans un service spécialisé. De nombreuses questions portaient sur les discri-



minations subies. Ainsi, 21 % des participants déclarent que leur trans-identité leur a fait arrêter leur scolarité, 18 % disent ne pas pouvoir exercer leur profession parce qu'ils sont trans, 29 % estiment avoir subi une discrimination au travail parce qu'ils sont trans, 20 % des participants déclarent avoir renoncé à des soins par crainte d'être discriminés du fait de leur trans-identité. Au total, 49 % des participants ont subi – ou ont renoncé à un droit de peur de subir – une discrimination à cause de leur trans-identité.

Pour la deuxième partie du questionnaire, les résultats sont les suivants : un tiers des participants fume, ce qui correspond à ce qui est observé dans la population générale du même âge. La majorité des participants consomme de l'alcool moins de 4 fois par semaine et le nombre moyen de verres bus par occasion est de 1,5 verre. Dans la population générale, la fréquence de consommation d'alcool est similaire mais la quantité bue est plus importante avec 2,5 verres en moyenne par occasion. 16,5 % des participants ont déjà expérimenté une drogue autre que le tabac, l'alcool ou le cannabis au cours de leur vie. 28,5 % déclarent avoir fumé du cannabis au cours des douze derniers mois. Et 40 % des participants déclarent avoir consommé un médicament pour dormir ou se calmer au cours des douze derniers mois.

Cette enquête met en évidence une population trans dont les caractéristiques sont loin des stéréotypes habituels. Il s'agit d'une population socialement intégrée avec un niveau d'éducation et un taux d'activité professionnelle élevés. Cette population a un bon niveau de recours aux soins, similaire à celui de la population générale de la même classe d'âge. Cependant, on constate que c'est une population victime de discriminations, avec une vie sociale réduite comme en témoignent le faible niveau d'activité sexuelle et la faible proportion de personnes vivant en couple. Finalement, il ne semble pas exister d'identité clairement définie à laquelle les membres de cette communauté pourraient s'identifier. Les questions soulevées pour cette communauté sont celles de la rupture de l'isolement et de la réduction des discriminations dont elle est victime. Cette étude apporte quelques pistes sur la situation sociale, les difficultés et les besoins de cette communauté en France même si une catégorie plus précarisée de la population trans n'est pas représentée.

## QUESTIONS DE LA SALLE

**ÉRIC FASSIN** — Pour revenir à la question de la reproduction qu'a abordé Rosine Horincq : en matière de transparence, être stérile est une chose, conserver ses ovocytes en est une autre.

**ROSINE HORINCQ** — Les personnes trans ne peuvent en aucun cas avoir recours à la PMA. C'est d'ailleurs la prochaine bataille du collectif Trans-action qui conteste cet accès inégal à la parentalité.

**EMMANUEL CHATEAU** — L'Institut de Veille Sanitaire ne considère pas ces études épidémiologiques ou sociales comme étant prioritaires. Ce qui revient à dire qu'une minorité n'est pas prioritaire dans un schéma de santé publique. Il faut que les associations communautaires soient soutenues pour pouvoir offrir des réponses aux personnes trans. Il est impératif de faire émerger de véritables projets, puis de mettre en œuvre un dispositif politique pour obtenir des financements.

**DANIELLE MESSENGER** — La minorité trans n'est donc pas prioritaire, comme ce fut le cas pour les associations gays ou de migrants, c'est bien ça l'histoire de l'épidémie de sida. L'intérêt de cette rencontre est de faire le lien.

**TOM REUCHER** — Pour améliorer ce questionnaire, il faudrait prendre en compte la spécificité trans. Car pour ces personnes, il y a avant, pendant, et après, autant d'étapes qui s'inscrivent dans une période donnée avec les spécificités du moment. Il s'avère donc difficile de comparer un parcours de trans à un autre. Il conviendrait aussi de s'intéresser à l'organe sexuel des trans, qui n'est pas comme tout le monde. Les spécificités d'entretien, des préservatifs à la taille des pénis fabriqués, des opérations de métaoïdioplastie ou de phalloplastie, autant de sujets qui devraient être abordés.

**HÉLÈNE HAZERA, ACT UP-PARIS** — Les professionnels de la santé laissent de côté une composante importante de l'épidémie de sida : sur les lieux de prostitution, nombreux sont les hommes mariés qui vont voir les femmes trans et qui sont donc susceptibles de contracter le virus et le transmettre à leur épouse. Les communautés trans et hétéro ne sont donc pas à dissocier totalement. Mais il ne s'agit pas uniquement de la responsabilité du gouvernement. Il y a aussi des problèmes de communication dans la communauté trans. Nous sommes incapables de faire front commun.

**JO BERNARDO** — Il faut apprendre à travailler avec les autres. Les réseaux existent mais il faut apprendre à les informer, les activer, les former. La Commission européenne finance des projets sur lesquels elle n'effectue aucun contrôle. C'est du gaspillage. Il faut connaître les méthodes pour avoir accès à ce genre de financement, nous avons besoin de l'aide de spécialistes.

**DANIELLE MESSAGER**

Cette seconde partie est consacrée aux facteurs de vulnérabilité à la fois sanitaires et sociaux. Nous aborderons d'abord le parcours de transition avec Nicolas Hacher pour ensuite revenir sur la nouvelle classification des troubles de l'identité de genre.

**NICOLAS HACHER****ENDOCRINOLOGUE****« Le parcours de transition »**

Les traitements hormonaux sont différents avant et après la réassignation chirurgicale. Pour les *male to female* (MtF) avant intervention, on associe un anti-androgène et des œstrogènes. Le principal anti-androgène est l'androcur : efficace mais pouvant occasionner une dépression en début de traitement, dont il faut avertir le patient. Il faut y associer l'œstrogène naturel qui est l'œstradiol 17 beta disponible en comprimés gel ou patch. Il faut éviter l'éthynil œstradiol qui est un œstrogène de synthèse avec effets défavorables sur le plan métabolique et comportant un risque thromboembolique. Après intervention, les œstrogènes sont maintenus, et l'acétate de cyprotérone (CPA) est remplacée par la progestérone naturelle, réalisant l'équivalent du traitement hormonal substitutif (THS). Ce traitement doit se prolonger au moins jusqu'à l'âge de 52 ans, âge normal de la ménopause, et au cas par cas au delà.

Les FtM sont traités par androgènes (capsules, ampoules intramusculaires et gels), avant et après réassignation chirurgicale, au long cours.

De manière générale cela se passe plutôt bien entre les hormonothérapies croisées et les trithérapies antirétrovirales.

Les hormones sont des substrats du cytochrome P450 CYP3A4, et sont donc exposées aux risques de fluctuations des taux plasmatiques selon les inhibitions ou inductions enzymatiques des ARV. Il faut y ajouter les perturbations métaboliques glucido-lipidiques et l'automédication fréquente. L'étude de Gooren menée en 2003 chez les trans' FtM et MtF, montre que l'utilisation de l'éthynil œstradiol à la dose importante de 100 mcg associé à l'androcur 100 mg, induit un certain degré d'insulino-résistance (condition métabolique souvent associée au diabète). Il existe une singularité des hormonothérapies croisées : la testostérone chez les femmes peut induire des phénomènes d'insulino-résistance mais pas chez les hommes. L'association éthynil œstradiol et androcur augmente la résistance acquise à la protéine C activée, avec risque de phlébite et d'embole pulmonaire. Surtout après 40 ans il faut éviter d'utiliser l'éthynil œstradiol et préférer l'œstradiol 17 beta naturel par voie percutanée pour injecter les œstrogènes. Par contre la testostérone a des effets anti-thrombotiques.

L'hormonothérapie croisée peut faire l'objet d'interac-

tions multidirectionnelles avec les ARV, qu'ils soient inhibiteurs ou inducteurs du cytochrome P450. L'imprédictibilité des taux hormonaux, majorée par l'automédication nécessite des dosages plasmatiques réguliers avec une valeur cible d'œstradiolémie entre 60 et 100 pg/ml et de testostérone entre 3,5 et 4 ng/ml, l'éthynil œstradiol étant à éviter. Pour les hypercholestérolémies il faut préférer la pravastatine à la simvastatine qui est contre-indiquée en association avec les inhibiteurs des protéases. Toute prescription hormonale doit tenir compte du sur-risque cardiovasculaire spécifique à cette population (syndrome inflammatoire, dyslipidémie, insulino-résistance diabète, hypertension, ARV...). Enfin, la mammographie et l'antigène prostatique spécifique (PSA) font partie des bilans de suivi qu'il y ait ou pas réassignation chirurgicale.

Le finasteride (inhibiteur de la 5 alpha réductase) parfois prescrit dans l'hypertrophie bénigne de la prostate est déconseillé dans ce contexte, d'autant plus qu'il majore le risque relatif de cancer agressif de la prostate. Concernant les nouvelles classifications des troubles de l'identité de genre, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) est le système américain de classification des maladies. Les versions ont évolué avec le temps, DSM III, puis DSM IV, et ICD 10 représentent une avancée dans la prise en compte des troubles de l'identité de genre (TIG). Elles ne sont pas une stigmatisation. En 1980, la classification DSM III emploie le terme transsexualisme, qui concernait les personnes présentant un trouble d'identité de genre depuis au moins deux ans, avec une demande constante de réassignation hormono-chirurgicale. Tous les autres patients étaient appelés « trouble de l'identité de genre non-spécifique ». Dans le DSM IV de 1994, le mot transsexualisme est remplacé par trouble de l'identité de genre en distinguant deux catégories : les TIG de l'enfance, de l'adolescence et de l'adulte avec une forte identification au sexe opposé et un mal-être dans le genre assigné ; les TIG non spécifiques pour les autres cas (états inter-sexuels, travestissement passager, forte ambivalence dans le désir de transformation, demande de transformation partielle). La dixième révision, ICD 10, définit cinq catégories de troubles de l'identité de genre :

1. le transsexualisme (désir d'appartenance au sexe opposé, avec demande de réassignation, état qui existe depuis au moins deux ans et qui n'est pas le symptôme d'une pathologie mentale ou d'une anomalie chromosomique) ;
2. le travestissement bivalent (changement temporaire et sans motivation sexuelle) ;
3. les TIG de l'enfance (avant la puberté et depuis au moins six mois avec des critères différents pour les garçons et les filles) ;
4. les autres TIG (sans caractères spécifiques ou états inter-sexuels) ;
5. les TIG non spécifiques (sans caractères spécifiques ou états inter-sexuels).



La classification proposée met en perspective les TIG par rapport à des pathologies psychiatriques et génétiques, dans un but de clarification. Elle isole trois catégories : les troubles du comportement sexuel (d'ordre psychiatrique) ; les troubles de la différenciation sexuelle (d'origine génétique) ; les troubles de l'identité sexuelle (d'ordre idiopathique). Quoi qu'il en soit, la vocation du monde médical est de prendre en charge toutes les personnes quel que soit leur état.

### **DANIELLE MESSAGER**

Axel Léotard, vous allez nous expliquer comment se déroule le parcours de réassignation chirurgicale, via le secteur public et privé, ainsi que les problématiques de prise en charge des différents actes chirurgicaux.

### **AXEL LÉOTARD**

**MILITANT, ACT UP-PARIS**

« **Prise en charge de la réassignation chirurgicale** »

Le parcours en France peut s'effectuer via le système hospitalier ou via des médecins privés. Il y a quatre équipes officielles en France, avec chacune un protocole différent et des conditions d'accès variables. Être âgé-e de 23 ans minimum, ne pas être marié-e ou avoir d'enfant(s) à charge, ne pas être séropositif-ve ou encore avoir une vie « jugée » stable. C'est par décision collégiale que le patient est déclaré transsexuel-le primaire et que le parcours peut débuter. Le parcours dure au moins deux ans et commence par l'hormonothérapie. S'ensuit l'opération de réassignation chirurgicale qui est effectuée par le chirurgien de l'équipe de départ. Le parcours public ne laisse donc aucun choix quant au praticien et aux techniques opératoires. Ce qui explique que la plupart des trans' fasse appel à des équipes du secteur privé. Concernant la prise en charge du parcours de réassignation, il s'agit de démarches administratives complexes. En France, aucun chirurgien n'accepte d'opérer hors parcours hospitalier. Cela contraint certaines personnes à demander à la sécurité sociale la prise en charge d'une opération de réassignation effectuée à l'étranger. Ce qui annihile par conséquent le travail déjà accompli avec le psychologue et l'endocrinologue en France et oblige le patient à tout recommencer à zéro. En Europe, les FtM bénéficient généralement d'une prise en charge de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) étant donné que les opérations de phalloplastie ne sont pas pratiquées en France. En revanche, la prise en charge n'est pas automatique pour les MtF. Les hormonothérapies peuvent être prises en charge par la sécurité sociale mais pas l'intervention si celle-ci est effectuée en Belgique ou en Espagne. Motif invoqué : l'opération peut techniquement être effectuée en France. Pour rappel, une vaginoplastie coûte entre 6 000 et 11 000 euros. En 2006, la Cnam a reçu 96 demandes de prise en charge dont 49 pour la France et

47 à l'étranger. Sur l'ensemble de ces demandes, on ne connaît pas le nombre de refus.

Le caractère limitatif et pernicieux de ces démarches pousse la majorité des trans' à se faire opérer hors Europe. Autre contrainte : si la personne trans' refuse de suivre un parcours psychanalytique pendant deux ans, la prise en charge d'une réassignation en Europe lui sera refusée. En éludant ainsi l'état de fragilité induit lors du parcours de transition, le refus de la prise en charge crée un processus de déstabilisation et de désocialisation. En France, les techniques opératoires ont vingt ans de retard. Le système français considère, à tort, ce type de chirurgie comme étant mutilante alors qu'elle est considérée comme réparatrice par les patients eux-mêmes. Il y a donc une absence totale de formation des chirurgiens français aux nouvelles techniques. La Thaïlande, par exemple, possède des professionnels et des techniques de pointe dans ce domaine.

### **ANAENZA FREIRE MARESCA**

**INFECTIOLOGUE, HÔPITAL AMBROISE-PARÉ**

« **Le suivi des patients trans'** »

La proximité avec le bois de Boulogne fait de l'hôpital Ambroise Paré un lieu stratégique de prise en charge de la population trans' prostituée. Depuis mai 2004, une convention entre le Centre hospitalier universitaire (CHU) et l'association Prévention action santé travail pour les transgenres (Pastt) régit l'accès aux soins pour tous les travailleurs du sexe. L'équipe médicale de l'hôpital est composée de cinq médecins avec une file active de 54 patients trans'. Parmi ces patients, 41 sont séropositifs au VIH, dont un quart a été dépisté au sein du CHU. 80 % viennent à l'hôpital par le biais d'associations comme le Pastt, les autres y ont été encouragés par des proches. Pour la plupart originaires du Brésil, du Pérou ou d'Argentine, leur souhait est d'obtenir l'Aide médicale d'État (AME), puis un titre de séjour. Pour faciliter le contact avec cette population, une partie du personnel de l'hôpital est lusophone. C'est le premier recours aux soins pour un quart de ces patients. Les trois quart sont relayés par l'AP-HP ou par d'autres structures européennes quand il y a eu une rupture de suivi, un non-renouvellement de titre de séjour, des suivis parallèles ou lorsqu'il y a une impossibilité d'accès aux anti-rétroviraux (ARV) dans le pays d'origine. La transmission des informations médicales d'un patient d'un pays à un autre est parfois longue et retarde la prise en charge. Beaucoup viennent nous voir quatre à six mois après leur arrivée en France, lors de la manifestation de la première infection opportuniste. Concernant l'usage de drogue, on constate des prises éventuelles de cocaïne et de cannabis, une consommation importante d'alcool ainsi que de nombreuses ordonnances de psychotropes pour dormir. En revanche, tous nient l'usage de drogues injectables. Depuis janvier 2006, l'obtention d'un titre de séjour est soumise à la délivrance d'un cer-

tificat signé par un médecin statutaire. Certains patients suivis par le personnel du CHU ne peuvent donc fournir ces certificats. Par ailleurs, une liste des pays qui délivrent les ARV circule. Malheureusement, une personne souhaitant obtenir un titre de séjour pour ce motif risque de se le voir refuser. Le droit aux soins est donc limité et les difficultés de prise en charge sont nombreuses : blocage linguistique, barrières culturelles, décalage entre les horaires de chacun, complexité du système de soins français pour les migrants...

Pour certains trans', la multiplicité des acteurs de l'hôpital peut être perçue comme une mauvaise acceptation de leur différence. Le personnel lui-même conçoit qu'il y a parfois confusion des rôles. Par exemple, parler des problèmes médicaux d'un patient avec l'assistante sociale... Il existe encore d'autres freins à la prise en charge tels que le problème de domiciliation et d'adresses incomplètes pour l'envoi des convocations, les problèmes d'incarcération ou de couple, le problème des ordonnances « à la demande » c'est-à-dire le renouvellement d'ordonnances par des médecins de ville non spécialisés.

Pour rendre optimale la prise en charge des personnes trans' séropositives au VIH, le personnel doit être formé aux avancées des traitements antirétroviraux. Il faut donc investir dans l'information et la formation des deux parties, le personnel médical et les patients, afin de permettre aux personnes trans' d'être plus autonomes en tant que citoyennes.



## **ROSINE HORINCO**

**PSYCHOLOGUE ET FORMATRICE, MAGENTA**

**« Facteurs de vulnérabilité et déterminants de santé au sujet des IST dont le VIH, vers la promotion de la santé globale »**

L'OMS définit la santé comme étant « un état de bien-être total physique, social et mental de la personne ». Le concept de santé globale consiste à articuler les différents publics ensemble. Il existe de nombreux niveaux de déterminants pour promouvoir la santé : relationnel, individuel, culturel et structurel. Déterminants qui vont s'influencer réciproquement. En Belgique, il n'existe aucune étude sur le taux de prévalence du VIH et des IST chez les personnes trans', statistiques pourtant intéressantes pour évaluer les vulnérabilités de cette population (violence, toxicomanies et assuétudes, suicide...). Néanmoins, on peut dégager sept types de facteurs de vulnérabilité chez les trans'. D'abord la stigmatisation sociale (sexisme, transphobie), qui se traduit par l'isolement et une mauvaise image de soi. La marginalisation sociale, c'est-à-dire les conditions de précarité, qui peut mener à une vulnérabilité économique (prostitution, toxicomanie, incarcération). Autre facteur de vulnérabilité pour les MtF, la quête du corps féminin. L'affirmation de l'identité par la sexualité peut mener à accepter des pratiques à risque. Il y a aussi le

risque de transmission du VIH par l'usage de seringues contaminées (injection de drogue ou d'hormones). Pour les FtM, risque de banalisation, de déni du sexe vaginal, qui peut mener à un oubli de la prévention. De même, la priorité donnée aux préoccupations d'ordre « vital », logement, travail, revenu minimum, refoule le risque VIH au second plan. Autre facteur de vulnérabilité, le manque d'information inclusive. Les informations sont inadéquates par rapport aux différents publics, ce qui conduit à un manque d'aide spécifique. Enfin, le manque de recherches académiques et universitaires ainsi que les lacunes en terme de sensibilisation continue des intervenants.

L'idée de promotion de la santé globale s'appuie nécessairement sur l'inter-sectorialité des différents publics cibles et autres acteurs de la prévention des IST. Elaborer des politiques de santé globale passe par la création de milieux favorables et inclusifs de la diversité des genres (écoles, lieux de travail, familles). L'éducation à la diversité et à l'égalité doit se faire dès le plus jeune âge de manière à déconstruire cette notion de bi-catégorisation garçon/fille.

## **SERGE HEFEZ**

**DIRECTEUR, ESPACE SOCIAL ET PSYCHOLOGIQUE D'AIDE AUX PERSONNES TOUCHÉES PAR LE VIRUS DU SIDA (ESPAS)**

**« Mauvaise estime de soi et prises de risque »**

Comment la haine de l'autre, le rejet social est incorporé par une personne pour aboutir à une appropriation du rejet de la personne elle-même ? La construction identitaire est un processus qui influence le devenir de la prévention. Le souci d'auto-protection passe obligatoirement par le respect de soi. Illustration avec un patient : Antoine est un jeune gay plutôt efféminé qui est ambivalent quant à une éventuelle réassignation chirurgicale. Il partage sa vie avec un homme qui refuse cette idée. En dehors de sa vie de couple, il multiplie les conduites à risque. Dans son enfance, il a subi des rejets du fait de sa féminité, situation qu'il a intériorisée et transformée en auto-destruction. Il s'approprie la dynamique de rejet et la transforme en situation active. Ce rejet des autres est lié à la féminité et est fondamental dans la construction identitaire. Pourquoi le féminin chez les garçons est-il tellement haïssable ? La construction des garçons se fait dans un rejet du féminin. Contrairement aux femmes qui intègrent plus facilement le masculin. Pour se construire psychiquement par rapport à leur sexualité de garçon c'est-à-dire pénétrante et active, il rejette ce qui est de l'ordre de la passivité. Comment cette partie inconsciente organise une culture ? Tant que l'on ne montre pas qu'il est possible d'adopter un comportement féminin sans honte, la sociabilisation des garçons s'appuie sur le rejet du féminin. Ce psychisme se construit sur une double négation : rejet de la fille et de la figure du garçon féminin, plus

que du rejet de l'homosexualité qui semble plus virile car active. Rappelons que parmi le suicide chez les adolescents, sept fois plus sont des homosexuels masculins. L'accompagnement à la prévention, une prévention de qualité, doit s'appuyer sur la connaissance de ce rejet. Il faut comprendre les mécanismes de cette identification à l'agresseur et de cette incorporation du rejet qui se transforme inconsciemment en haine de soi. Plus une société accentue l'étanchéité entre l'univers des hommes et des femmes, plus elle fait le lit de ces processus de rejet.

## **HÉLÈNE HAZERA**

**ACTIVISTE, ACT UP-PARIS**

« Refus de l'identité, retard de la prévention »

La prise de conscience de l'absence de prévention à l'égard des trans' et de la nécessité d'y remédier est marquée par une étude américaine sur la séroprévalence du VIH chez les trans' américaines l'estimant à 30 % chez les femmes trans'. D'où la proposition faite à Act up de monter une commission trans.

Une nouvelle enquête révèle que le taux de prévalence chez les femmes trans' afro-américaines de San Francisco est de 70 %, soit le double que pour la population blanche. On retrouve des chiffres de cette nature chez les gays noirs et les femmes noires. L'équation est simple : discrimination = contamination.

Autre constat alarmant : le nombre de rapports bucco-génitaux sans protection. Le Pastt a fait de la prévention sur cette pratique à risque très fréquente chez les femmes trans' et les hommes trans' qu'ils soient homos ou bisexuels. En France, les équipes officielles n'intègrent l'élément sida que pour refuser d'effectuer des opérations de réassignation chez les personnes atteintes du VIH. Pourtant une étude de Sheila Kirk, première femme chirurgien trans', réalisée en 1998, démontre qu'il est possible d'opérer une personne contaminée.

Il existe de nombreux clivages au sein de la communauté trans', un des plus important est celui entre les personnes qui se prostituent (qui ne sont pas la majorité) et celles qui exercent une activité dite « normale ». Les trans' « bourgeoises » imaginent que le VIH ne concerne que les travailleuses du sexe et se pensent à l'abri.

En conclusion, le discours doit être adapté, aménagé à chaque sous-groupe. Le manque d'information laisse la place aux rumeurs, comme l'idée selon laquelle un néo-vagin serait imperméable au virus, ce qui est faux. Par ailleurs, il existe d'autres minorités du silence comme les intersexués, les travestis, pour lesquelles il faut mener des études épidémiologiques et des campagnes spécifiques. Si le système français considère les trans' comme des malades mentaux, comment alors leur demander de prendre leur destin en main ? Lutter contre la psychiatisation, c'est lutter contre la pandémie.

## **KRISTINA DARIOSECO**

« Difficultés de réinsertion »

Il y a beaucoup de misérabilisme dans le milieu trans'. Certains peuvent, à travers le choix de leur genre, vivre en harmonie avec la société. Il y a des trans' qui vivent heureux, en entente avec enfants, familles et amis. Certes, les agressions existent, mais elles sont souvent causées par des groupes, des personnes ivres, et non par une part significative de la population. Les regards peuvent être gênants lorsqu'ils sont insistants, inquisiteurs. L'idéal est lorsque l'on passe inaperçu. L'insertion passe par l'éducation des jeunes à la différence et par ce que l'on transmet aux autres.

## **CAMILLE CABRAL**

**DIRECTRICE, PASTT**

« Santé et réinsertion »

Comment peut-on demander à quelqu'un de s'estimer s'il n'est pas considéré comme un citoyen à part entière ? Pour les trans' travailleuses du sexe, l'égalité est encore loin d'être acquise. Nombreuses sont celles qui sont condamnées à des travaux d'intérêt général pour racolage passif. Pour autant, aucune mesure n'est prise par le gouvernement pour sensibiliser les employeurs via l'ANPE sur la situation des personnes trans' face aux difficultés de trouver un emploi. Le mouvement LGBT est solidaire mais n'est pas pour autant une grande famille. Chacun a son parcours communautaire et appartient à un groupe minoritaire différent des autres, les gays ont par exemple moins de problèmes à trouver un appartement, leur apparence ne joue pas en leur défaveur. Pour les études épidémiologiques sur le VIH évoquées précédemment, le Pastt communique les résultats à la Dass de Paris mais refuse qu'elles soient diffusées au grand public. Ces données risqueraient d'encourager la stigmatisation de la population trans'. Il convient de réfléchir sur l'objectif de ces études et les mener dans le cadre d'une stratégie établie.

## **VIVIANE NAMASTE**

**DIRECTRICE, INSTITUT SIMONE DE BEAUVOIR, MONTRÉAL, CANADA**

À la fin des années 1960 s'amorce, au Canada, un début de visibilité qui va déboucher sur l'émergence d'un tissu associatif à la fin des années 1970. La loi de 1977 autorise le changement de prénom et de sexe après l'opération de réassignation chirurgicale. Au milieu des années 1990, on assiste au développement des services pour les trans' à Montréal, Toronto, Vancouver. À cette époque, il n'y a pas de données épidémiologiques. Les trans' voulant garder le contrôle sur la diffusion de ces chiffres, l'État refusa de réaliser ces études. Néanmoins, certains organismes ont pu dégager des statistiques : à Vancouver, 70 % des travailleuses du sexe étaient séropositives ; à Montréal, sur une période de

30 ans, 54 % des trans' sont décédées, avec pour cause principale le VIH. À Montréal, a été créée l'Action santé transsexuelle et travestis du Québec (ASTT(e)Q). Au Canada, la prévention est abordée dans une perspective globale. À l'égard des travailleuses de rue, l'objectif est de créer et pérenniser les liens avec les réseaux de santé. ASTT(e)Q met aussi en place des programmes de désintoxication ainsi que des groupes de soutien. Ces groupes de paroles ont l'avantage d'attirer les trans' non prostituées et favorisent l'échange entre ces personnes. Hormis la sensibilisation des personnes trans', il s'agit aussi de communiquer auprès des autres intervenants tels que les autorités, les encadrants du milieu carcéral, les psychologues... L'un des exemples de moyens de communication mis en place au Québec, est une vidéo éditée à 1 000 exemplaires, donnée aux travailleuses de sexe, afin qu'elles la diffusent aux clients. La prévention ne s'adresse plus seulement aux filles mais aussi à leurs clients. En adaptant la communication, l'objectif est d'engager la responsabilité de tous les acteurs et pas seulement celle des personnes trans'.

Caroline Prat  
Bénédicte Astier  
Isabelle Baldisser  
Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693

## QUESTIONS DE LA SALLE

Comment a été financé le film ?

**VIVIANE NAMASTE** — On ne peut pas dire d'où vient le financement pour cette vidéo. Mais on peut dire que les trans' prostituées militantes sont très débrouillardes !

**JO BERNARDO** — La non-publication de certaines données peut être préjudiciable pour la communauté trans' qui perd ainsi une arme de revendication.

**VIVIANE NAMASTE** — À Montréal, on adopte un modèle de recherche communautaire en étudiant la pertinence, l'égalité entre les différents partenaires qui participent aux études, et surtout l'appartenance de ces données.

**HÉLÈNE HAZERA** — Au début de l'épidémie de sida, Lydia, une prostituée, a été l'instigatrice d'une étude sur le taux de séroprévalence chez les travailleuses du sexe. Cette peur de la publication des chiffres me fait penser au retard à l'allumage de la prévention au début de l'épidémie de sida.

**CAMILLE CABRAL** — Lydia avait à l'esprit que les données soient contrôlées par la communauté, afin de se prémunir des risques de déviance. Par le passé, certains médias ont instrumentalisé les chiffres. Par exemple, sur quinze prostituées de l'institut Alfred Fournier, treize étaient séropositives. *Le Figaro* a conclu que 80 % des prostituées du bois de Boulogne étaient séropositives. Les chiffres ne doivent donc pas échapper à notre contrôle.

**UN PARTICIPANT** — Je remarque que les FtM ont été oubliés, minorisés. La question des infections de type condylomes, chez les FtM non opérés, n'a pas été abordée. Ces IST ont pourtant des conséquences lourdes comme le cancer de l'utérus, tout comme la prise de testostérone.

## ANTONIO UGIDOS

DIRECTEUR, CRIPS-CIRDD ÎLE-DE-FRANCE

Pour conclure cette journée, je souhaite préciser que l'étude présentée était une étude préliminaire qui constitue l'amorce d'un travail plus approfondi. Ce questionnaire a permis de donner une autre image des personnes trans' et de casser les stéréotypes. Cette première étude va être proposée pour publication au *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH). Il est essentiel de mieux connaître les personnes trans', pour permettre d'identifier leurs besoins. La suite envisagée devra se concevoir vers une plus grande diversité des lieux de contact avec les personnes trans', et en partenariat avec elles et leurs associations.

