



**ACTHE (Association Commune Trans et Homo pour l'Égalité)
Contribution 2 au Groupe de travail N°6**

Parcours des personnes trans : lutte contre la transphobie, rectification de l'état civil, accès aux soins pour celles/ceux qui le souhaitent.

Dossier

Avis sur le rapport de la HAS

Avis sur la Charte de la Sofect

Ce dossier est repris du dossier que j'avais rédigé pour l'Inter-LGBT en 2010, il est remis à jour.

Sommaire

Critique des préconisations de la HAS.....	3
1 - Critiques générales quant à la méthodologie pour la réalisation du rapport de la HAS sur la question du transsexualisme.....	3
2 – Critiques sur les propositions d’une structure d’offre de soins	3
2.1 Le registre national.....	3
2.2 L’équipe multidisciplinaire	4
2.3 Réseau de soins	4
2.4 Moyens nécessaires	5
2.5 Soins à l’étranger.....	5
2.6 Aspects juridico-administratifs.....	5
2.7 Acquisition de nouvelles données.....	5
3 – Critiques sur la proposition d’un parcours de soins	6
3.1 Phase diagnostique	6
3.2 L’expérience de vie réelle.....	7
3.3 Chirurgies.....	8
3.4 L’accompagnement psychologique.....	8
3.5 L’accompagnement de l’entourage.....	8
3.6 Communication entre les professionnels de santé et les transsexuels	8
Critique sur le document de travail de la SOFECT (2010)	10
1 Les propositions de la Sofect.....	10
2 Réponses aux « Réponses aux demandes des associations ».....	10
2.1 Absence de test de vie réelle.....	10
2.2 Libre-choix du médecin, possibilité de parcours hors-centre de référence et remboursement assurés	10
2.3 Absence de critères d’admission pour entrer dans ces centres.....	10
2.4 Elargissement des catégories professionnelles réunies dans ces centres par rapport aux équipes hospitalières existantes	11
2.5 Non-obligation de l’hormonothérapie réversible	11
2.6 Place décisionnaire des associations de personnes concernées dans les centres de référence	11
2.7 Pour mettre en œuvre la dépsychiatriation des transidentités, la prise en charge de la transition doit exclusivement se fonder sur une déclaration de consentement éclairé sans aucune forme d’évaluation ou de diagnostic.....	11
3 Réponses aux propositions du rapport de la HAS	11
4 Charte de la Sofect	11
4.1 Phase d’évaluation pronostique.....	12
Bibliographie / Références	13

Critique des préconisations de la HAS

Nous reconnaissons dans le travail de la HAS (HAS, 2009) une large étude ainsi qu'une grande revue de la littérature sur la question de la transidentité et nous saluons l'aboutissement de ce projet après plus de 4 années d'études d'autant plus que c'est la première documentation française de cette ampleur commandée par les pouvoirs publics.

1 - Critiques générales quant à la méthodologie pour la réalisation du rapport de la HAS sur la question du transsexualisme

Bien que le travail de la HAS sur ce rapport représente une somme colossale de travail, nous regrettons que les avis de certains médecins aient été surreprésentés. En effet nous constatons l'abondance des recommandations des médecins qui aujourd'hui constituent la Sofect au détriment de l'avis d'autres praticiens hors Sofect.

Il est donc légitime de se poser la question de pourquoi ces médecins ont été plus sollicités pour la rédaction de ce rapport que d'autres praticiens qui à priori sont tout aussi compétents. Notre hypothèse est que les médecins de la Sofect souhaitent conserver un monopole de la question trans et manœuvre dans le but d'être les seuls sur ce marché, propos qu'ils clament haut et fort. Il est tout à fait remarquable que la proposition de la Sofect (Sofect, 2010) pour l'amélioration de la prise en charge médicale du transsexualisme en France concorde à ce point avec les préconisations du rapport de la HAS, alors qu'il n'y a pas réellement de modification fondamentale par rapport à la proposition de prise en charge de 2001 (Cordier, 2001).

Par ailleurs, nous regrettons aussi que les sujets interviewés ou participant aux *focus groups* soient en majorité des personnes trans dans le sens MtF, la question dans le sens FtM semble avoir été moins traitée.

Nous regrettons aussi que suite à la consultation publique, la question « transgenre » ne soit pas incluse à ce rapport.

Pour conclure nous allons dans le sens du rapport de la HAS lorsqu'il est mentionné : « *Par de nombreuses réactions négatives de différents groupes de répondants, souvent pour des raisons diamétralement opposées, cette consultation publique confirme l'état de tensions ou d'extrême réactivité existant sur la prise en charge du transsexualisme en France.* » (HAS, 2009, p 175). Ainsi que « *cette consultation a également été une nouvelle occasion de constater que la prise en charge actuelle du transsexualisme en France suscite beaucoup d'insatisfactions et de critiques, qu'il s'agit d'un sujet polémique entraînant des prises de positions opposées, et qu'il existe une très forte attente pour des changements allant vers une amélioration de la prise en charge du transsexualisme en France et ce dans toutes ses dimensions* » (HAS, 2009, p 179).

2 – Critiques sur les propositions d'une structure d'offre de soins

2.1 Le registre national

Le rapport de la HAS mentionne la mise en place d'un « *recueil des données en vue de la tenue d'un registre national* » (HAS, 2009, p 146), nous nous inquiétons fortement des possibilités d'un tel registre. Nous craignons en particulier la possibilité de refuser de façon systématique les soins demandés par une personne trans qui se serait vue refuser l'autorisation de la prise en charge par un psychiatre et que ce refus d'autorisation se généralise pour tous les psychiatres ceci en raison du

registre national. Par ailleurs nous redoutons le système de fichage cataloguant les personnes trans comme des patients psychiatriques ou toutes autres considérations pouvant nuire à sa vie privée, sociale ou professionnelle. Nous redoutons évidemment les répercussions que les informations contenues dans ce registre national pourraient avoir sur la vie future ou la considération des médecins vis-à-vis du patient concerné.

La demande sur les données épidémiologiques émanant aussi bien du côté des praticiens de la santé que du côté des associatifs et usagers du système de santé, nous préférierions qu'une recherche dédiée et spécifique à cette question soit initiée sur l'exemple de l'étude épidémiologique menée en 1998 en Ecosse (Wilson P., 1999). Cette méthodologie aurait l'avantage de recenser à plus grande échelle et selon des critères plus vastes la population ciblée.

Par ailleurs nous notons une grande disparité entre les résultats des différentes études et recherches concernant l'épidémiologie des personnes trans sur le territoire français. Nous notons qu'il y a une prévalence de 750 ALD (23 ou 31) avec une incidence d'environ 150 nouvelles demandes par an. Chiffres qui semblent concorder avec ceux de la Sofect mais que pour les opérations génitales. Nous pouvons déjà nous demander ce qu'il advient à tous ceux qui n'ont pas eu recours à l'opération génitale par l'intermédiaire de la Sofect. Les différentes études présentes dans le rapport de la HAS nous montrent un chiffre en constante évolution.

Nous retiendrons l'étude de Olyslager (Montmans, 2009, p 47) présentée par l'équipe du centre universitaire de Gand en Belgique (invitée en tant qu'experts aux réunions du PNDS en 2010) pour réaliser notre propre estimation, ce qui, ramené à la population française, ferait environ entre 45 000 et 90 000 personnes trans. Nous sommes loin des chiffres de la Sofect ou même ceux de la sécurité sociale. Nous nous inquiétons d'une forte influence de la Sofect sur la possibilité d'accéder à la prise en charge de type ALD.

2.2 L'équipe multidisciplinaire

Nous sommes entièrement favorable à ce que une ou des équipes multidisciplinaires soient formées tant que ces équipes n'ont pas le monopole de la prise en charge du parcours trans et qu'il n'y ait pas non plus de monopole technique dans la mesure où aucun autre réseau ou groupe ne serait qualifié compétent pour une telle prise en charge et se verrait refuser l'autorisation par l'intermédiaire d'un agrément ou autre moyen de prendre en charge des parcours trans au motif de son incompétence technique supposée.

Nous soutenons la forme multidisciplinaire de cette ou ces équipes tant les champs de compétence nécessaires pour cette prise en charge sont vastes.

Nous souhaiterions orienter le leadership de ces équipes vers le pôle de chirurgie et non de psychiatrie dans la mesure où la consultation de ces équipes par les usagers est motivée par les compétences du chirurgien. Il serait extrêmement inopportun que les usagers s'orientent vers ces équipes, par défaut ou dans le seul but d'obtenir des certificats de psychiatres pour aller se faire opérer à l'étranger. Cela ne semble pas garantir une cohérence dans le projet personnel de la prise en charge, en effet, consulter une équipe pour obtenir un certificat de psychiatre, puis une autre pour obtenir l'hormonothérapie et encore une autre pour solliciter l'opération révèle une prise en charge inadaptée par le système de soin en place.

2.3 Réseau de soins

Nous soutenons parfaitement la double notion de lieu. Conscient de l'impossibilité de créer de grandes structures sur tout le territoire française, une seule ou quelques structures spécialisées dans

cette prise en charge incluant chacune une équipe multidisciplinaire formée aux techniques de pointes, aussi bien en hormonothérapies qu'en chirurgies, génitales ou dites de confort semblent être adaptées pour fournir l'offre de soin, ceci en collaboration avec les médecins traitants à proximité du domicile du patient, ces médecins auront la documentation et la formation nécessaire à disposition dans ces structures de références.

Ce réseau de soins ne doit pas être le passage obligé pour accéder à cette offre de soin.

2.4 Moyens nécessaires

En plus des moyens nécessaires cités dans le rapport de la HAS, nous insistons sur la nécessité d'une éducation prodiguée par les pouvoirs publics. A l'instar des campagnes contre l'homophobie dans les universités et au sein de l'éducation nationale, des moyens d'informations doivent être envisagées pour permettre aux personnes trans concernées mais non encore conscientes de leur état d'être, de s'informer sur l'existence d'un tel parcours de santé. Ceci afin d'éviter la « *médiagenie* » décrite par Colette Chiland (1997) et donc, de leur permettre d'économiser de longues années de questionnement avant de mettre un terme, une définition, sur leur mal être psychique.

« C'est en lisant un journal ou un magazine, ou en voyant une émission de télévision que les patients donnent un nom à leur malaise, prennent conscience qu'ils sont transsexuels et commencent leur quête de réassignation » (Chiland, 1997, p37-38).

Nous insistons aussi sur les moyens nécessaires pour la lutte contre la transphobie, et les formations allant dans ce sens dans le monde du travail.

2.5 Soins à l'étranger

Nous sommes parfaitement en faveur de la prise en charge des soins à l'étranger, au moins jusqu'à ce que l'offre de soin en France soit au moins de la même qualité que celle proposée à l'étranger et/ou pour les soins non réalisés en France.

2.6 Aspects juridico-administratifs

En plus des points abordés dans le rapport de la HAS et que nous soutenons, nous ajoutons :

- La non-obligation implicite ou explicite du divorce lors du changement d'état civil (Arrêt n°384 de la cour d'Appel de Caen du 12 juin 2003).
- La non-obligation de stérilisation pour accéder au changement d'état civil.

2.7 Acquisition de nouvelles données

Nous récusons la nécessité d'acquisition de nouvelles données sur l'apport des tests psychologiques à la phase diagnostique. Cela ne ferait que multiplier et renforcer la lourdeur de la phase diagnostique qui est en place aujourd'hui, phase diagnostique que nous contestons dans son état actuelle. Sans symptôme pathognomonique ou consensus scientifique fort pour la fiabilité du diagnostic, il nous semble complètement impertinent de mettre une phase diagnostique aussi sévère alors qu'il est testé, non pas l'existence d'un « trouble » mais bien l'absence des comorbidités.

Nous n'avons pas de position déterminée sur la recherche de l'étiologie. Cependant nous attirons votre attention sur le fait que développer la recherche de l'étiologie peut amener des médecins à vouloir nous faire changer d'"avis" sur notre parcours.

Nous récusons la nécessité de la tenue d'un registre national (voir ci-dessus).

3 – Critiques sur la proposition d'un parcours de soins

3.1 Phase diagnostique

Nous soulignons que les Standard of Care v6 (HBIGDA, 2001) ont 10 ans et que leurs recommandations sont partiellement reprises, notamment les exceptions qui sont régulièrement oubliées. Par ailleurs les critères diagnostics du DSM IV TR ou de la CIM 10 sont tous subjectifs issus de données empiriques et mesurent les paroles du patient qui vit sa propre subjectivité. Nous soulignons ici l'extrême subjectivité des classifications et surtout leurs limites, sur cette question.

Nous contestons fortement la phase diagnostique telle que décrite dans le rapport de la HAS, aussi bien au niveau de l'étiologie que du diagnostic, un fort consensus des communautés scientifiques vont dans le sens que nous ne savons pas diagnostiquer, hors mis par l'absurde, les « troubles de l'identité de genre », nous en revenons donc au diagnostic différentiel et que nous ne connaissons pas l'étiologie exacte de cette question (HAS, 2010, p22).

« Cette étude suggère que l'évaluation de l'identification sexuée au moyen d'une seule planche du test de Rorschach ne peut constituer un indice valide pour discriminer les transsexuels primaires de transvestis demandeurs d'une thérapeutique de réassignation hormonochirurgicale [...] Ce constat doit nous amener à réviser les procédures d'évaluation psychométrique actuelles permettant de guider le choix thérapeutique » (Gallarda T., 2001)

Nous pouvons aussi constater les résultats d'une autre étude, menée aussi par l'équipe de l'hôpital Foch.

« Les transsexuels de cette étude expriment en revanche une conformité massive aux critères du sexe désiré et semblent dénier toute masculinité, avec une identification sexuée nettement féminine au test du Rorschach. Au MMPI, l'adaptation sociale en fonction des rôles sexués est meilleure dans le sexe désiré et semble similaire à celle des femmes témoins » (Coussinoux S., 2005)

Pascal Fautrat (2001) mentionne la « *pauvreté du récit* » quand Chiland (2003) entend ses confrères lui affirmer que ses patients lui mentent. Ces patients qui viennent chercher ce fameux *sésame* adaptent leur discours à l'idée qu'ils se font du transsexualisme selon les psychiatres, pour se mouler au « *patron du transsexualisme* » (Chiland, 1997). Ils essaient ainsi de coller le plus possible aux théories psychiatriques dans le but de convaincre le psychiatre. De ce fait, dans les cabinets des psychiatres, c'est une succession d'histoires similaires qui n'ont qu'un seul but, convaincre le *psy*. C'est seulement après l'intervention de réassignation sexuelle que certains patients accepteront de se placer sur une scène psychique puisqu'ils n'ont plus rien à perdre, leur transition étant finie (Chiland, 2003). Alby quant à lui, invoque une « *distorsion du souvenir* » (cité par Mercader, 1994) afin d'obtenir le « *feu vert* » (Chiland, 2003) pour le traitement hormono-chirurgical. Oppenheimer (1997) pense qu'il s'agit là d'un trait commun au transsexualisme et déclare que les transsexuels sont dans « *la négation de toute histoire* », l'argumentaire ne servant qu'à convaincre. « *Le récit de son enfance m'apparaît comme une construction destinée à obtenir mon approbation* » (Oppenheimer, 1992, p131). Bien que les précédents auteurs mentionnent le discours formaté et stéréotypé des transsexuels, Bardin et al (2001) rejoint la position de Bureau (1997) et déclare qu'« *il n'y a pas deux transsexuels identiques* ».

Nous contestons fortement les « entretiens d'évaluation étalés sur quelques mois » (HAS, 2010, p 152) qui n'auraient d'autres effets que de faire perdre du temps à la personne concernée. Il en est de même pour les tests psychologiques. Nous connaissons déjà les dérives d'un tel système qui peut paralyser le parcours trans d'une personne sur la seule volonté d'un psychiatre.

« Le texte de la Résolution du Parlement européen du 12 septembre 1989 parle de « diagnostic différentiel psychiatrique/psychothérapeutique de la transsexualité, dans le sens de l'aide à l'autodiagnostic » (CIEC, 2000). Si certains patients sont incertains et demandent une aide pour y voir clair, pour beaucoup leur autodiagnostic est fait, et c'est un euphémisme que de parler d'aide à l'autodiagnostic. » (Chiland, 2003, p33).

Nous notons aussi que la littérature fait grande mention des études dans le sens MtF mais peu de cas sur les FtM, et il ne nous semble pas pertinent que les études dans le sens MtF puissent être étendues dans le sens FtM.

Nous dénonçons par ailleurs le retrait pur et simple du libre arbitre de la personne dans une telle phase diagnostique dans la mesure où cette personne n'est plus maîtresse de sa pensée puisqu'elle lui est retirée ainsi que sa volonté humaine de se déterminer librement et par elle seule. Nous rappelons que le décret n°2010-125 du 8 février 2010 retire les « troubles de l'identité de genre » des critères d'admission des affections longues durées 23, affections dites psychiatriques. Ce faisant il est illégitime de considérer les personnes trans comme psychiatriques et il est donc impossible de contester leur libre arbitre.

3.2 L'expérience de vie réelle

Nous nous positionnons clairement contre le principe de test ou d'expérience en vie réelle. Il nous apparaît important de comprendre qu'il ne faut pas tester par n'importe quel moyen que ce soit la « capacité à vivre dans le rôle désiré » (HAS, 2010, p 152).

Pourquoi tester une « capacité » alors qu'il n'a pas lieu de prouver quoi que ce soit, si nous continuons dans cette logique, il faudrait imposer à chaque enfant un test pour mesurer sa capacité à vivre dans son sexe de naissance avant de l'indiquer sur son état civil.

Il est aussi important de comprendre que ce n'est pas « un rôle désiré » c'est une identité à la fois psychique et sociale qui est une part inhérente à la personne, en aucun cas un rôle, ni un désir. La transidentité n'est pas vécue comme un choix, mais comme un besoin auquel il faut apporter une réponse.

Nous nous interrogeons sur la nécessité de « mettre à l'épreuve la persistance de la demande » (HAS, 2010, p 152). Est-il déontologique et éthique de réaliser un tel test ou expérience ? Mettre à l'épreuve cette demande revient à retrancher dans ses dernières ressources la personne demandeuse. A quels buts, à quelles fins ?

Nous retrouvons dans la littérature un « regret » (HAS, 2010, p 152) proche de 1%, nous insistons sur ce chiffre considéré comme non significatif d'un point de vue statistique et nous insistons que ce résultat si faible n'est pas obtenu grâce au protocole des médecins de la Sofect puisque les patients qui ne sont pas admis selon les critères de la Sofect réalisent un parcours hors Sofect. Ce pourcentage inclut donc les « regrets » de personnes qui ont réalisé un parcours hors Sofect. Nous pouvons donc assumer que l'expérience de vie réelle ou que les critères d'admissions de la Sofect ne sont en rien protecteur de « regret ».

Nous observons dans l'instauration de cette expérience de vie réelle un moyen de protection destiné aux médecins pour éviter les erreurs de diagnostic et ainsi se prémunir de procès intentés par des patients peu scrupuleux. La dérive a été si importante que nous considérons cette expérience comme une phase de *découragement* sous le couvert de l'autorité médicale. Cette phase que nous pourrions nommer une *phase de découragement thérapeutique* n'a pour autre but de décourager au maximum

et par tous les moyens la personne demandeuse et si malgré tout la demande persiste, c'est que « l'épreuve de persistance » a été remportée.

Nous rappelons qu'il y a une frontière entre la cessation de la bienveillance et le début de la maltraitance.

Si jamais une telle phase dans la prise en charge trans devait être mise en place, un maximum de 3 mois est à envisager. Ces 3 mois étant la phase d'observation pour le diagnostic différentiel.

3.3 Chirurgies

Nous insistons sur le fait que la chirurgie n'a pas pour mérite de seulement exister, elle doit non seulement répondre à la demande du patient, mais surtout permettre à la fois une vie sexuelle tout en préservant la sensibilité sexuelle et remplir toutes les contraintes esthétiques pour permettre au patient d'obtenir une image de lui-même satisfaisante, y compris dans son intimité. Il est essentiel que les personnes opérées puissent se reconstruire une image narcissique pour leur équilibre psychique.

Nous insistons aussi sur le traitement des patients au sein des unités médicales, le comportement humble et non humiliant du personnel médical envers leurs patients afin de ne pas les mettre dans l'embarras. Ceci d'autant plus que les zones du corps opérées sont les organes intimes des patients.

3.4 L'accompagnement psychologique

Nous précisons que la personne qui réalise une psychothérapie ne peut pas être le praticien qui réalise des tests, si des tests devaient avoir lieu. Cela viendrait rompre la relation duelle entre le praticien de la santé mental et le patient et serait contraire à la déontologie et à l'éthique.

Nous insistons sur le fait que l'accompagnement psychologique ne doit pas être recommandé mais proposé, et que le lien entre le psychothérapeute et l'équipe de prise en charge ne doit pas être obligatoire. Ce lien doit pouvoir être établi selon la volonté du patient et conformément au respect du secret professionnel.

3.5 L'accompagnement de l'entourage

L'accompagnement de l'entourage ne devrait pas être pris en charge par une équipe de prise en charge, il ne doit pas non plus constituer un élément de la prise en charge ou pour la décision de la prise en charge. En effet, la transidentité n'étant, aujourd'hui, pas encore très bien acceptée socialement et professionnellement, il n'est pas rare qu'une personne se retrouve dans l'obligation de réaliser un parcours trans contre l'avis de ses proches, voir avec le rejet de sa famille, de ses amis. Cependant, si le patient souhaite partager les éléments relatifs à son entourage, les praticiens de la santé doivent rester disponible à cet égard, tant au niveau de l'écoute, que des rencontres ou de la médiation.

3.6 Communication entre les professionnels de santé et les transsexuels

Les patients ont la liberté du choix du médecin, par conséquent aucune équipe ne devrait proposer ses services en s'imposant toute entière. Chaque patient doit pouvoir choisir tous les praticiens de son équipe sans que les praticiens de la santé imposent ses collègues spécialistes sous prétexte qu'ils ont l'habitude de travailler avec eux ou sous n'importe quelle autre raison.

Par conséquent, la communication entre les professionnels doit recevoir l'aval de leur patient.

Critique sur le document de travail de la SOFECT (2010)

Hors mis l'opération de marketing réalisé par les médecins de la Sofect à travers ce document dit de travail ainsi qu'un règlement de compte avec l'entité « AG des trans », ce qui nous prouve bien toute leur capacité à collaborer avec les « patients », nous ne constatons pas le travail requis pour l'écriture du cahier des charges en vue de la création d'un centre de référence.

1 Les propositions de la Sofect

Nous sommes choqués de constater que la Sofect ne participe pas au comité consultatif au titre d'expert médicaux référents de plusieurs spécialités médicales, mais comme de simple représentant de marketing avec le titre de médecin. Nous notons bien la demande de monopole (Sofect, 2010, p 7) lors que la Sofect demande « l'agrément » non pas d'un centre mais d'un réseau national, leur réseau national.

La Sofect ne vient pas participer à la construction d'un centre de référence, la Sofect vient réclamer les moyens destinés au centre de référence pour leurs propres fins.

2 Réponses aux « Réponses aux demandes des associations »

2.1 Absence de test de vie réelle

Nous constatons que la Sofect souhaite toujours tester la « motivation au changement », il est donc indéniable que les médecins de Sofect considère la demande trans comme une conviction, une croyance plutôt que d'un besoin qui a recours aux techniques médicales.

Tant que les médecins considéreront la demande trans comme une conviction, il y aura toujours des dérives quant à la prise en charge. La conviction laisse la place à la croyance et chaque individu croit en ce qu'il veut. A partir de là, chaque médecin est donc libre de croire que la demande trans n'est pas sérieuse. Ce que nous ne pouvons accepter.

Nous nous demandons aussi sur quel critère les différentes sociétés savantes (toutes sous l'égide de la Sofect) recommandent un an de test de vie réelle ? Est-ce le temps minimum pour tester la résistance psychologique d'une personne à la demande d'humiliation publique ?

2.2 Libre-choix du médecin, possibilité de parcours hors-centre de référence et remboursement assurés

Nous sommes rassurés de constater que la Sofect reconnaissent le libre-choix du médecin, nous le sommes moins lors que nous constatons les moyens détournés utilisés par la Sofect pour supprimer, purement et simplement, ce libre-choix du médecin. Il est évident, par ces propos, que la Sofect se croit la seule compétente pour la prise en charge des questions trans. Ce que nous contestons, aussi bien à un niveau national qu'international.

2.3 Absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres

Nous sommes en accord lors que la Sofect déclare que l' « absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres est non fondée » (Sofect, 2010, p 11). Selon nous, la demande simple du patient est suffisante pour être admis dans un tel centre.

Les personnes n'étant en demande que d'une hormono-substitution doivent aussi pouvoir trouver une réponse dans ces centres.

2.4 Elargissement des catégories professionnelles réunies dans ces centres par rapport aux équipes hospitalières existantes

Nous sommes en accord avec la Sofect, lors que plus de moyens, humains, matériels et financiers, sont demandés.

Ces moyens ne doivent pas nécessairement avoir pour vocation à être intégrés dans le réseau de soins de la Sofect.

2.5 Non-obligation de l'hormonothérapie réversible

Plutôt que de vouloir réguler, par tous les moyens répressifs possibles et inimaginables l'automédication sur Internet, ne serait-il pas plus positif de proposer une offre de soin en adéquation avec la demande.

Ces dérives d'automédication n'existeraient pas si les refus de prise en charge par la Sofect, étant l'aboutissement de leur système d'éligibilité ultra sélectif, n'étaient pas abusifs.

2.6 Place décisionnaire des associations de personnes concernées dans les centres de référence

Une réinterprétation de la revendication de l'AG des trans ainsi que de la réponse de la Sofect semble être pertinente.

L'AG Trans, à travers cette revendication, demande une place décisionnaire dans la gestion du centre de référence, pas nécessairement dans l'éligibilité au parcours hormono-chirurgical, pour reprendre les termes de la Sofect) de chaque individu faisant une telle demande.

La réponse de la Sofect nous prouve encore une fois leur réelle *motivation* à contrôler le libre arbitre des personnes trans.

2.7 Pour mettre en œuvre la dépsychiatriation des transidentités, la prise en charge de la transition doit exclusivement se fonder sur une déclaration de consentement éclairé sans aucune forme d'évaluation ou de diagnostic

Nous espérons qu'un jour, les mœurs sociales soient suffisamment avancées pour que la question de la psychiatriation n'existe plus, qu'un simple consentement libre et éclairé soit suffisant pour convaincre un chirurgien d'opérer puisque le seul risque existant sera celui du risque opératoire et non celui des convictions sociales.

3 Réponses aux propositions du rapport de la HAS

Inutile de revenir sur cette opération commerciale.

4 Charte de la Sofect

Nous remettons fortement en cause le protocole de soin proposé par la Sofect dans cette charte. Ne serait-ce que l'organisation de chaque phase ainsi que les durées préconisées.

4.1 Phase d'évaluation pronostique

Tout à fait conscient des risques liés à un tel parcours, ainsi que des complications que cela peut entraîner, nous estimons que les propos de la Sofect dans ce paragraphe sont hors de propos.

Nous sommes curieux de savoir quelles recherches ont mis en évidence des facteurs pronostiques qui seraient associés à des résultats non satisfaisant du THC¹, hors mis les recherches menées par les membres de la Sofect.

Bien qu'en accord avec le premier critère « troubles psychologiques/psychiatriques » nous récusons tous les autres critères. En effet, ni les carences affectives et familiales, ni la précarité sociale, ni les vulnérabilités adaptatives, ni la compréhension insuffisante de la personne vis-à-vis des conséquences et des limites du THC ni l'ambivalence par rapport à la réassignation sexuelle ne sont des facteurs de mauvais pronostiques.

Nous constatons que quelques soient les conditions sociales, financières, familiales, ou toutes autres croyances décrites par la Sofect, une personne nécessitant une THC réalisera ce parcours. Il sera donc mal venu de refuser à ces personnes une prise en charge structurée plutôt que de les laisser pratiquer l'auto médication, et les laisser réaliser leur parcours sans soutien, favorisant ainsi les risques liés à cette marginalisation.

La littérature prouve au contraire que suite à un THC les personnes trans se sentent mieux. (M. Marin, 1993) (A. Léotard, 2009) (Jocelyne, 2001) (M.-L. Peretti, 2009) (Chiland, 2003) Pour en citer que quelques-uns.

Pour revenir sur l'ambivalence par rapport à la réassignation sexuelle, une non ambivalence serait plus explicite et constituerait plus un facteur de mauvais pronostic, en effet, la non remise en cause tendrait à prouver une non réflexion personnelle, la non existence d'une introspection de la part de la personne et serait donc le signe d'une non élaboration psychique d'un tel parcours. C'est de ne pas douter d'un tel parcours qui serait dangereux.

La compréhension insuffisante est à combler par une information éclairée.

Un parcours trans n'est pas une réponse à un mal physique, mais à un mal être ressenti dans le psychisme de l'individu. Ni les carences affectives et familiales ni la précarité sociale ni les vulnérabilités adaptatives ne sont à prendre en compte. Ce ne sont pas les conditions dans lesquels ce parcours est réalisé qui constituent des facteurs de mauvais pronostics, mais bien l'impossibilité d'un tel parcours.

¹ THC : Traitement hormono-chirurgical

Bibliographie / Références

- Chiland C., *Changer de sexe*. Odile Jacob. 1997.
- Chiland C., *Le transsexualisme*. PUF. 2003
- Commission Internationale de l'État Civil (CIEC), (2000), *Le transsexualisme en Europe*, Editions du Conseil de l'Europe, 110 p., pp. 82-83. ISBN: 92-871-4342-0. 2000.
- Cordier B., Chiland C., Gallarda T., Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences, in *Ann Méd Psycho*, n°159 :190-195. 2001
- Cour d'Appel de Caen, *Arrêt n°384 de la cour d'Appel de Caen du 12 juin 2003*, 2003
- Coussinoux S., Gallarda T., Smith J., Bourdel M.-C., Cordier B., Brémont C., Poirier M.-F., Haddou M., Olié J.-P., *Tests de personnalité et identification sexuée chez les transsexuels masculins*, L'encéphale, 2005 ; 31 : 24-30, cahier 1.
- De Cuyper G., Van HM., Michel A., Carael B., Heylens G., Rubens R., et al, « Prevalence and demography of transsexualisme in Belgium », *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(3), 2007
- Fautrat P., *De quoi souffrent les transsexuels ?*. Archives contemporaines. 2001
- Foerster M., *Histoire des transsexuels en France*. H&O. 2006
- Gallarda T., Amado I., Coussinoux S., Poirier M-F., Cordier B., Olié J-P., Le syndrome du transsexualisme : aspects cliniques et perspective thérapeutique. *L'Encéphale*, XXIII, 5, 321-326. 1997
- Gallarda T., Coussinoux S., Cordier B., Luton J.P., Bourdel M.C., Olié J.P., *Intérêt des tests de personnalité dans le diagnostic différentiel du transsexualisme M-F et du transvestisme bivalent*, Ann Méd Psychol 2001 ; 159 : 466-70.
- Haute Autorité de Santé, *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, 2009.
- HBIGDA (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association), *Standards of care for gender identity disorders, sixth version*. 2001
- Hoyer N., *An authentic record of a Change of Sex*. Man into Woman.1953
- Jocelyne, Jean/Jocelyne, Stock, 2001.
- The Johns Hopkins University Press. 2001
- Léotard A., *Mauvais Genre*, Hugo&Cie, 2009.
- Leprince Laura, *RDV HES Identite De Genre 25 avril 2009*, HES, 2009
- Marin M., *Le saut de l'Ange*, J'ai lu, 1993.
- Mercader P., *L'illusion transsexuelle*, Paris, L'Harmattan, 1994
- Ministère de la santé des sports, *Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée »*, 2010
- Motmans J., et al, *Être transgenre en Belgique, un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres*, Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, 2009
- Oppenheimer A., *Le désir d'un changement de sexe : un défi pour la psychanalyse ?* *Psychanalyse à l'Université.*, 17, 66, 117-132. 1992
- Peretti M.-L. *Le transsexualisme une manière d'être au monde*, L'Harmattan, 2009.
- Sofect, *Propositions de la Sofect pour l'amélioration de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, 2010.