



NOTRE SANTÉ NOUS-MÊMES

Comment l'auto-organisation
en santé trans peut faire évoluer
les pratiques en santé publique

POUR Acceptess-T, PAR SIMON JUTANT, STUART PLUEN ET LOUVE ZIMMERMANN

Il est une thématique que les médias abordent très rarement lorsqu'ils s'intéressent à la transidentité : la santé. Au-delà des soins nécessaires à la transition médicale, lorsqu'elle est voulue, la précarité engendrée par l'exclusion et les discriminations limite largement l'accès à la santé de nombre de personnes trans. Stigmatisées pendant des décennies par la grande majorité du monde médical, les communautés trans n'ont eu d'autres choix que de s'auto-organiser et de mettre en place des pratiques alternatives afin de s'informer et de prendre en charge les soins dont elles avaient besoin. Avec l'association Acceptess-T, retour sur cette entraide et ces luttes collectives qui pourraient bien permettre de repenser globalement le système de soins.

Depuis plusieurs années, la visibilité des enjeux liés à l'inclusion des personnes trans et à la lutte contre la transphobie est croissante. Elle est le résultat de mouvements sociaux et s'inscrit dans un affrontement entre défense des droits humains et stéréotypes ancrés dans les imaginaires sociaux et médiatiques, qui contribuent à pathologiser, fétichiser ou encore considérer comme une menace sociale la transidentité et les personnes trans. L'assassinat de Vanesa Campos en août 2018, fortement médiatisé, a mis au jour la violence que vivent les personnes trans travailleuses du sexe (TDS) migrantes en France. Cet acte d'une brutalité extrême a permis que la dénonciation de violences sociales systémiques et l'expression d'une parole issue des communautés trans soient enfin entendues médiatiquement.

La visibilité n'est toutefois pas la seule grille d'analyse pertinente si l'on veut comprendre les enjeux trans. Les mouvements sociaux, notamment associatifs, ont émergé dès les années 1970 et se sont déployés plus largement au cours de la décennie 1990. Liés à la lutte contre le VIH et à celles défendant les droits humains des personnes LGBT, ils ont permis l'évolution du cadre administratif et légal sanctionnant l'accès aux parcours de transition. Depuis les années 2010, ces mouvements tiennent également un discours spécifique – étroitement lié à la lutte contre le VIH – concernant la place centrale que devraient occuper les personnes trans au sein de leurs parcours de santé globaux comme dans les politiques publiques les concernant.

L'institutionnalisation de la « *démocratie sanitaire* » tend à disqualifier les revendications des patient·es et concerné·es, qui sont considérées comme en marge de l'intérêt général et quérulentes dès lors qu'ils et elles sortent de la place qui leur est assignée. Dans ce contexte, la crise du Covid-19 a fait apparaître la nécessité d'inclure les associations communautaires dans l'élaboration des politiques publiques de santé afin d'éviter d'accroître la fracture entre le centre et les marges, entre les publics disposant de droits et ceux qui en sont privés, et a démontré le besoin de renouer avec les enseignements issus de l'épidémie de sida.

Le lien avec le champ médical constitue un point clé des luttes des mouvements trans. Paradoxalement, le cadre de prise en charge des personnes trans, marqué par la surmédicalisation et la pathologisation, s'appuie sur un faible nombre de données documentant l'état de santé global des populations trans. Les mouvements communautaires trans se sont ainsi organisés en réaction aux discriminations et aux violences quotidiennes, mais également à celles ayant cours dans le domaine médical : il s'agissait, et il s'agit toujours, de constats collectifs de la présence de nombreux obstacles dans l'accès aux droits.

Se défaire du pouvoir médical par l'auto-organisation

En France, l'autosupport entre personnes trans a toujours précédé l'organisation des soins par les médecins. Avant que la première équipe médicale hospitalière ne se forme en 1979 à l'hôpital Saint-Louis, avec le soutien

du Conseil national de l'Ordre des médecins, les femmes trans organisaient elles-mêmes leurs soins, par l'automédication d'hormones à partir de contraceptifs féminins et l'autofinancement de chirurgies dans des cliniques privées. Car être trans, c'est être dépositaire d'une histoire marquée par la mémoire collective des violences structurelles – sociales, médicales, légales, économiques, symboliques. Celles-ci ont déterminé la vie de milliers de personnes depuis le début du siècle dernier et ont façonné en profondeur les représentations et les imaginaires sociaux, entre fascination et rejet de la transidentité, sexualisation et catégorisation comme déviance ou monstruosité qu'il s'agit soit de rectifier, de « *soigner* », soit d'éloigner du système de soin et de laisser à l'abandon, comme le préconisait Lacan en 1962.

ÊTRE TRANS, C'EST ÊTRE DÉPOSITAIRE D'UNE HISTOIRE MARQUÉE PAR LA MÉMOIRE COLLECTIVE DES VIOLENCES STRUCTURELLES – SOCIALES, MÉDICALES, LÉGALES, ÉCONOMIQUES, SYMBOLIQUES.

Tout au long du XX^e siècle, la visibilité progressive de la transidentité – désignée par les termes « travestissement » puis « transsexualisme » – a été accompagnée par un renforcement des discours psychiatriques visant à restreindre les droits des personnes trans. Le contexte de visibilité brutale et massive des opérations chirurgicales, au début des années 1960, a contribué à étendre et légitimer le pouvoir

de coercition médicale. La médiatisation des opérations de Christine Jorgensen et de Coccinelle¹, à cette époque, en a donné des exemples parlants. En 1965, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a catégorisé le transsexualisme comme une « *déviat[i]on sexuelle* » dans la CIM-8 (Classification internationale des maladies), classification reprise par le DSM-II (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) en 1968. En France, les hormones ne sont plus accessibles en vente libre dès le début des années 1970 et les parcours d'hormonothérapie sont conditionnés par l'aval d'un·e psychiatre. En 1975, la Cour de cassation refuse aux personnes trans le droit de changer d'état civil après une opération de réassignation². En 1980, avec la parution du DSM-III, la transsexualité devient un diagnostic psychiatrique à part entière tandis que, dans le même temps, la France déclassifie en 1981 l'homosexualité comme maladie mentale.

C'est dans ce contexte de répression qu'émergent les premiers mouvements sociaux de personnes trans, avec des grandes manifestations comme les émeutes de Stonewall en 1969 à New York, menées par des personnes LGBT+ et en particulier des femmes trans qui se révoltent contre le harcèlement policier dont elles étaient victimes jusque dans des espaces festifs communautaires, et qui donnent lieu à la Christopher Street Liberation March un an plus tard. Le Front homosexuel d'action révolutionnaire (Fhar) est créé en France en 1971, avec en son sein les Gazolines, « *une douzaine de travestis et transsexuels pratiquant la dérision*

*et l'outrance*³ » qui, reprenant à leur compte la sémantique pathologisante et psychiatrique, forment la « *tendance folle hystérique du Fhar*⁴ ».

La chercheuse Karine Espineira identifie deux étapes majeures dans la structuration des luttes sociales trans en France⁵. La première s'étend des années 1960 au début des années 1980, avec l'apparition des premiers groupes d'autosupport trans : l'Amaho (Association d'aide aux malades hormonaux) en 1965, l'Association Beaumont Continental (ABC) en 1975, le Centre du Christ Libérateur en 1976, puis l'Amefat (Association médicale française pour l'aide aux transsexuels) en 1981. Ces associations organisent leur action autour de l'autosupport et de l'aide psychologique, et œuvrent en faveur de l'intégration sociale des personnes trans.

DANS LES ANNÉES 1980, LES EXCLUSIONS DES SOINS AMÈNENT DE NOMBREUSES PERSONNES TRANS À CHERCHER D'AUTRES MANIÈRES DE FINANCER LEURS PARCOURS DE TRANSITION.

Une seconde étape s'ouvre au début des années 1980 avec l'élaboration du premier protocole français de prise en charge médicale des personnes trans au sein d'équipes hospitalières pluridisciplinaires à l'hôpital Saint-Louis, dans le prolongement des pratiques de soin des années 1960. Sont ainsi systématiquement exclus des soins les « *faux transsexuels* », dont font partie les personnes trans séropositives,

travailleuses du sexe, migrantes, homosexuelles ou bisexuelles. Ces exclusions de soins, estimées à 80 % des demandes par le chirurgien Pierre Banzet⁶, amènent les personnes rejetées à devoir trouver d'autres manières de financer leurs parcours de transition, et notamment leurs chirurgies. Nombre d'entre elles se tournent ainsi vers le travail du sexe.

Et « *c'est précisément, poursuit Karine Espineira, au cours des longues attentes des salles de consultations – jusqu'à plusieurs heures dans le cas du suivi avec Jacques Breton – que se rencontrent et s'affirment les premières personnalités associatives. Tom Reucher [cofondateur de l'Association du syndrome de Benjamin (ASB)] et Armand Hotimsky [cofondateur du Caritig – le Centre d'aide, de recherche et d'information sur la transsexualité], Maud-Yeuse Thomas, parmi d'autres, seront de cette première génération pressentant la nécessité d'une organisation, associative en l'occurrence⁷ ».*

L'année 1981 marque les débuts de l'épidémie du sida. Les impacts de la maladie sur la communauté trans sont largement invisibilisés, du fait de la permanence des discriminations juridiques et médicales d'une part et de la réprobation morale d'autre part, la transsexualité restant largement associée au travail du sexe.

Il faut attendre 1992 pour que les structures communautaires, durement éprouvées par le VIH, parviennent à se structurer en des organisations militantes nouvelles.

Lutter contre le VIH

La création de l'association Pastt (Prévention action santé travail pour les transgenres) en 1996 est déterminante dans la prise en compte des personnes trans au sein des luttes contre le VIH. Le Pastt déploie des programmes de prévention et d'accompagnement social auprès des personnes trans migrantes travailleuses du sexe ; il s'oppose également au protocole de soins hospitalier des années 1980 et milite pour le libre choix des personnes trans dans le choix de leurs professionnel·les de santé.

Tout au long des années 1990, les organisations d'autosupport et d'entraide se densifient et se structurent sur l'ensemble du territoire : l'Association d'aide aux transsexuels (AAT) est créée à Marseille en 1992, l'ASB en 1994, le Caritig en 1995. En 2001 puis en 2002 naissent le Groupe activiste trans (GAT) et le STS67 (Support trans Strasbourg), qui sont les premières associations trans à porter un discours véritablement politique, au sens d'une « *culture contestataire d'activisme et de militance allant*

LES ANNÉES 2000 VOIENT APPARAÎTRE EN FRANCE LES PREMIÈRES MANIFESTATIONS POLITIQUES TRANS, AFFIRMANT PUBLIQUEMENT L'EXISTENCE D'UNE COMMUNAUTÉ DE LUTTES ET D'UNE MÉMOIRE COLLECTIVE.



*au-delà de la transidentité*⁸», dans laquelle s'insèrent les droits des travailleuses du sexe, des personnes migrantes et la lutte contre le VIH. Parallèlement se crée en 2002 la commission trans d'Act Up-Paris.

Les années 2000 voient ainsi apparaître en France les premières manifestations politiques trans, affirmant publiquement l'existence d'une communauté de luttes et d'une mémoire collective ; la première organisation interassociative de la marche de l'Existrans est organisée à Paris en 2002, suivie en 2004 par la première manifestation française du Transgender Day of Remembrance (TDoR), qui commémore le souvenir des personnes trans assassinées depuis 1998, à la suite de l'assassinat de Rita Hester, artiste et travailleuse du sexe trans africaine-américaine.

Cette décennie 2000 marque aussi la timide prise en compte – ou plutôt l'audibilité – des discours revendiquant la légitimité des savoirs expérientiels, communautaires et situés des personnes trans, en rupture avec les représentations médicales et le sensationnalisme des décennies précédentes. En 1996, le chercheur Sam Bourcier crée les séminaires queers du Zoo, avec comme objectif de « *développer les études gaies, lesbiennes et queer dans l'université à travers la traduction et la publication des travaux de Judith Butler et de Paul Preciado*⁹ ». En 2005, les chercheuses Karine Espineira, Tom Reucher et Maud-Yeuse Thomas ouvrent la voie aux études trans françaises et inaugurent le cycle Visibilité trans à l'université d'été euro-méditerranéenne des homosexualités, où le T

LGBT s'exprime publiquement pour la première fois au sein de l'université. Le texte culte de la théoricienne Sandy Stone « L'Empire contre-attaque : un manifeste posttranssexuel », écrit en 1987, est traduit en français en 2007, la même année qu'est publié *Transgender History* de la chercheuse Susan Stryker.

Le réseau communautaire trans se structure ainsi face à un environnement social et politique marqué par la transphobie systémique : la France rejette plusieurs propositions de loi liées à la facilitation du changement d'état civil ou à la lutte contre la transphobie alors qu'en parallèle, le Conseil de l'Europe publie en 2009 les douze recommandations sur l'identité de genre et les droits humains. La même année, la Haute Autorité de santé (HAS) publie de premières recommandations sur la prise en charge médicale des personnes trans – qui seront finalement dénoncées par le Défenseur des droits et la Dilcrah en 2020. Ces recommandations entérinent la fracture entre le pouvoir médical, qui crée son propre organe de contrôle des pratiques – la Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme (Sofect) –, et les associations de personnes trans, d'emblée exclues de toute possibilité de participation à l'élaboration des nouveaux protocoles – lesquels reproduisent *stricto sensu* ceux des années 1980.

À la racine des mouvements trans se trouvent donc deux types d'actions : le partage collectif de savoirs et la médiation par les paires. Le partage de savoirs, par l'autosupport au sein de groupes de parole et, ces dernières

années, *via* le numérique (sur des forums et désormais sur les réseaux sociaux), répond au manque d'informations accessibles concernant les parcours de transition. Ce partage d'informations vise à passer outre le « *verrouillage*¹⁰ » mis en place par les professionnel·les de santé, en évitant, en désactivant ou en luttant contre le « *tri* » médical, qui demande la preuve que la condition des personnes est suffisamment inductrice de souffrance, cela dans le cadre d'un diagnostic psychiatrique qui accepte ou refuse les demandes de transition, privant de tout pouvoir de choix les personnes concernées. Cette reprise de pouvoir par l'échange de connaissances s'est doublée de la production de savoirs et de pratiques permettant de combler le vide ou de pallier l'inadaptation des pratiques institutionnelles. L'utilisation des réseaux sociaux a par ailleurs étendu ces échanges de données scientifiques comme de connaissances issues de la pratique communautaire à l'échelle nationale et même internationale.

Acceptess-T

Association communautaire soutenant les luttes contre le VIH, pour le droit au séjour, pour les droits des travailleuses du sexe et contre les discriminations transphobes, Acceptess-T s'inscrit parmi les nombreuses associations trans qui ont émergé au cours des dix dernières années. Ces associations et collectifs ont, dès le début des années 2010, utilisé des outils d'auto-support afin de diffuser des connaissances et informations vers d'autres personnes trans, créé des outils de formation à destination d'associations et d'institutions, porté des revendications qui ont donné

lieu à l'amorce de changements dans les parcours de transition : autorisation puis démedicalisation des changements d'état civil, début de la dépsychiatisation des procédures médicales, facilitation du libre choix de ses soignant·es.

Lorsque plusieurs femmes trans migrantes TDS créent l'association Acceptess-T en 2010, c'est parce que leurs paires sont encore exclues ou maltraitées au sein des établissements de santé parisiens. Les pratiques de soin envers ces publics marginalisés, ancrées dans une tradition hygiéniste et moralisatrice, perpétuent des violences structurelles qui contribuent à éloigner davantage les personnes du soin. Les médiatrices en santé, qui pourraient accompagner les patientes lors de leurs consultations, traduire les échanges lorsque celles-ci ne sont pas francophones et les aider dans le suivi de leur traitement, se voient systématiquement interdire l'accès aux structures.

Si quelques avancées ont eu lieu au cours des années 2000 concernant la santé des personnes trans, essentiellement par le prisme de la lutte contre le VIH et du travail du sexe, le respect de leurs droits fondamentaux, à travers notamment la loi de 2002 dite de démocratie sanitaire, et la prise en compte de leurs conditions de vie au quotidien, sont complètement absents du périmètre de soin.

Volet important de l'auto-organisation trans, la médiation par les pair·es, plus ou moins professionnalisée, constitue un important levier d'accès aux droits et de lutte contre

A large, stylized blue hand graphic is positioned in the background, with the index finger pointing towards the text. The hand is rendered in a solid blue color with a simple, clean design.

**L'ENTRAIDE ENTRE
PERSONNES TRANS
S'EST DOUBLÉE
DE LA PRODUCTION
DE SAVOIRS COLLECTIFS
ET DE PRATIQUES
PERMETTANT DE
PALLIER L'INADAPTATION
DES PRATIQUES
INSTITUTIONNELLES.**

LA MÉDIATION PAR LES PAIR-ES, PLUS OU MOINS PROFESSIONNALISÉE, CONSTITUE UN IMPORTANT LEVIER D'ACCÈS AUX DROITS ET DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS.

les discriminations : l'entraide, par l'appui d'autres personnes concernées disposant de plus de ressources, permet de dépasser les obstacles dans l'accès aux institutions. La démarche d'Acceptess-T s'est ainsi fondée sur l'action de médiatrices en santé. Cela a entraîné une modification profonde des pratiques d'accueil et de soin. Ainsi, les premières actions portaient sur l'accompagnement des personnes trans migrantes vivant avec le VIH, à l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, à Paris. Des femmes trans vivant avec le VIH, migrantes, travailleuses du sexe, accompagnaient des femmes trans vivant avec le VIH, migrantes, travailleuses du sexe : elles traduisaient les entretiens médicaux, expliquaient aux patientes les démarches et le fonctionnement des services, apportaient des réponses aux professionnel·les de santé. En réalisant ces actions solidaires collectivement, au sein d'une association, il a été possible de dénoncer des pratiques discriminatoires ou non adaptées, et d'amorcer un travail en vue d'atténuer ces discriminations. Celui-ci est toujours à l'œuvre et l'association a mis en place un partenariat avec l'hôpital Bichat-Claude-Bernard depuis maintenant une dizaine d'années. Ces actions de médiation sont également mises en place dans les démarches d'accès au droit au séjour et les dépôts de dossier de demande de titre de séjour en préfecture : il s'agit d'éclaircir des procédures conçues dans l'objectif de décourager les bénéficiaires, par leur complexité et leur violence, et d'accompagner les personnes à chaque étape de celles-ci.

Progressivement, Acceptess-T conçoit des actions de formation et de sensibilisation à la transidentité en partenariat avec le CoreVIH Île-de-France, et s'inscrit au sein d'un réseau interassociatif qui maille l'ensemble du territoire. L'accompagnement juridique et social des personnes trans, les actions de dépistage et de prévention, de renforcement du lien communautaire par l'organisation d'activités conviviales et sportives font partie du quotidien d'Acceptess-T, qui a accueilli plus de 3 000 personnes en 2021.

Pour reprendre les termes de Giovanna Rincon, la directrice de l'association : *« Plus que la lutte contre la transphobie, on est dans cette volonté de transformer l'environnement pour les personnes trans. On lutte contre la pauvreté, mais ce qui nous intéresse, c'est de savoir comment on a un impact institutionnel. Nous ne sommes pas dans la conformité. L'aboutissement de l'association aujourd'hui permet vraiment aux personnes de s'appuyer sur une plate-forme très solide, au service de l'intérêt collectif. »*

Démocratie sanitaire ou santé communautaire ?

Le partage d'informations et l'implication de pair·es comme leviers collectifs qui « déverrouillent » et défont les obstacles d'accès aux droits qualifient donc les modes d'action de la santé trans. La reconnaissance de ces actions, dont le nombre et la diversité croissent de façon exponentielle depuis cinq ans,

soulève un enjeu majeur. Si l'auto-organisation communautaire trans émerge comme palliatif des dysfonctionnements, violences et discriminations, tout en refusant de se substituer au droit commun, elle porte aussi la revendication d'une évolution de l'implication des personnes directement concernées dans leurs parcours de santé, à travers des démarches innovantes et inédites. De fait, la santé communautaire trans s'inscrit à contre-courant des modèles émergents du partenariat de soin qui voudraient que les personnes qui participent à « *la coconstruction de programmes de santé publique ne soient pas dans un processus aigu de soins* » ou encore laissent à la porte toute « *démarche de revendication de droits* »¹¹.

LA PARTICIPATION DE PERSONNES CONCERNÉES N'EST PAS LA GARANTIE QUE LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE OU D'ACCOMPAGNEMENT SERONT AMÉLIORÉES.

En traçant l'histoire des mouvements trans et celle, plus récente, d'Acceptess-T, la question de l'implication de « *pair·es* » ou de « *personnes concernées* » se clarifie. Ainsi, il a fallu attendre 2016, soit plus de soixante ans de mouvements sociaux, pour que le changement d'état civil des personnes trans ne soit plus conditionné ni à l'aval d'un psychiatre ni à une stérilisation forcée. Il a fallu attendre 2019 pour que l'OMS sorte la transidentité de la classification des troubles mentaux. Il faudra attendre 2024 pour que la HAS publie

ses nouvelles recommandations et que, nous l'espérons, les associations de personnes trans soient reconnues comme parties prenantes dans l'élaboration des parcours de soins qui les concernent et qu'enfin, les principes fondateurs de la loi de 2002 s'appliquent également aux personnes trans, qu'il s'agisse de l'absence de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, de la meilleure sécurité sanitaire possible, du droit au respect de la dignité, de la vie privée et du secret des informations, du droit au libre choix de son ou de sa praticien·ne et de son établissement de santé. La notion de « *démocratie en santé* » qui a émergé au début des années 2000, pourtant issue des avancées liées à la lutte contre le VIH, semble avoir été rendue inefficace par l'individualisation de la notion de « *patient-expert* ». Les mouvements trans, revendiquant à la fois la dépathologisation des parcours de transition et leur implication réelle comme acteurs de la santé, ont interrogé le périmètre du savoir expert et expérientiel. La participation de personnes concernées ne constitue en effet pas la garantie que les conditions de prise en charge ou d'accompagnement seront améliorées.

Ainsi, au-delà du critère de « *participation* », la réalisation d'un idéal de démocratie en santé, tel que promu par les collectifs trans communautaires, est soumise à deux conditions. D'une part, il s'agit d'amorcer une réflexion qui prenne véritablement au sérieux les rapports de pouvoir qui se jouent au sein des relations de soin, partant de l'histoire nosographique des pratiques médicales et de

l'influence des rapports sociaux dans la relation soignant·e/soigné·e. L'objectif sera ainsi de rendre accessibles aux patient·es des informations utiles et de qualité et de promouvoir des pratiques de soin respectueuses et éthiques. Cette première condition pourra enfin rendre possible la mise en pratique d'une santé « *par le bien-être* », telle que définie par l'OMS, prenant en considération l'ensemble des conditions de vie des personnes et visant, de fait, à leur amélioration par des mesures de justice sociale. La seconde condition réside dans la prise en compte de la dimension collective des savoirs expérientiels : le vécu individuel d'un parcours de soins ou de discriminations ne constitue pas une expertise en soi. En revanche, la mise en relation de diverses expériences et la formulation collective du sens politique de ces expériences fondent l'expertise : l'histoire de la santé trans nous apprend que c'est bien la dimension *communautaire* de la santé, au sens collectif, qui modifie profondément l'espace social, et non sa définition individuelle par l'expérience.

Ainsi, en s'appropriant réellement la dimension communautaire de la santé trans, Acceptess-T défend l'implication des organisations trans comme actrices de santé publique à part entière. De même, l'expérience de l'association durant les pics de la pandémie de Covid-19 a démontré l'aspect concret des enjeux de démocratie en santé : Acceptess-T a dû agir de manière directe afin de pallier les conséquences d'une gestion de crise aveugle aux inégalités sociales. Perte de revenu et de logement, rupture de traitement antirétroviral ou hormonal,

exposition au virus et à la recrudescence des violences – policières, intrafamiliales, sociales... les publics d'Acceptess-T se situent à l'intersection de différents facteurs de vulnérabilité en santé et étaient donc en première ligne face au Covid-19. En faisant le choix, malgré les consignes nationales demandant la fermeture des locaux, de maintenir et de diversifier ses activités pendant la crise, en appelant largement au bénévolat et à l'aide financière, Acceptess-T a adapté ses actions de prévention au contexte d'urgence sociale et sanitaire ; elle a mobilisé un vaste ensemble de connaissances, issues de la lutte contre le VIH/sida mais aussi des luttes pour les droits des personnes trans, afin de préserver de l'isolement et de la précarisation les personnes les plus vulnérables de sa communauté.

ACCEPTESS-T DÉFEND L'IMPLICATION DES ORGANISATIONS TRANS COMME ACTRICES DE SANTÉ PUBLIQUE À PART ENTIÈRE.

Les conséquences de cette crise ont contribué à faire d'Acceptess-T une organisation clé dans le déploiement d'actions innovantes en santé, luttant contre les lois répressives concernant le travail du sexe et les lois xénophobes qui empêchent un accès facilité au droit au séjour. Au sortir de la période de crise sanitaire, le constat reste le même qu'à la création de l'association : ces lois sont des armes de violence sociale qui accentuent les discriminations transphobes et contredisent directement les mesures institutionnelles qui prétendent lutter contre les discriminations contre le VIH.

Bien que l'implication des organisations de santé communautaire, et notamment de santé trans, dans la conception des politiques de santé publique soit loin d'être acquise, il apparaît nécessaire de porter plus avant la réflexion. L'histoire institutionnelle des maltraitements infligés aux personnes trans pose désormais la question de leur place : quelles réparations pour les personnes ayant dû subir une stérilisation afin d'accéder au changement d'état civil avant 2016 ? Quelles réparations pour les personnes trans exclues de l'emploi, du logement, de l'espace social sous prétexte de ne pas remplir les conditions sociales,

physiques, de séjour, ce qui les a ensuite empêchées d'accéder à des soins de qualité, à un changement d'état civil, à des conditions de vie décentes ? En effet, le changement d'état civil reste inaccessible aux personnes sans papiers ou vivant en France avec un titre de séjour ; les transitions médicales demeurent, elles, souvent coûteuses et largement conditionnées à des critères diagnostiques flous et discriminatoires, sans cadre réglementaire à jour ni critères de qualité des soins ; et les personnes trans sont encore et toujours violentées, discriminées dans l'accès à l'emploi et l'ensemble des droits sociaux.

1. Maxime Foerster, *Elle ou lui ?*

Une histoire des transsexuels en France,

Paris, La Musardine,

« L'attrape-corps », 2012.

2. *Ibid.*

3. Laurence Folléa, « De l'outrance des "Gazolines" à la Gay Pride de juin 1995 », *Le Monde*, 14 avril 1996.

4. Frédéric Martel, *Le Rose et le Noir*, Paris, Seuil, 1996, cité in *ibid.*

5. Karine Espineira, « Transidentité : de la théorie à la politique.

Une métamorphose culturelle entre pragmatisme et transcendance »,

L'Information psychiatrique, vol. 87,

n° 4, 2011, p. 279-282.

6. Karine Espineira, « Le bouclier thérapeutique : discours et limites d'un appareil de légitimation », *Le Sujet dans la cité*, vol. 1, n° 2, 2011, p. 189-201, et, sur les « faux transsexuels », lire Jean-Yves Nau, « remboursé par la sécurité sociale. Le traitement chirurgical des transsexuels est pratiqué à l'Assistance publique de Paris », *LeMonde.fr*, 11 octobre 1982.

7. Karine Espineira, « Transidentité », *loc. cit.*

8. *Ibid.*

9. Bernard Andrieu, « Entretien avec [Sam] Bourcier », *Corps*, vol. 1, n° 4, 2008, p. 5-11.

10. Karine Espineira, « Le bouclier thérapeutique », *loc. cit.*

11. Marie-Pascale Pomey, Luigi Flora, Philippe Karazivan, Vincent Dumez, Paule Lebel, Marie-Claude Vanier et al., « Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé publique*, 2015, hors-série, p. 41.