



**HAL**  
open science

## Cancers et transidentités : une nouvelle “ population à risques ” ?

Anastasia Meidani, Arnaud Alessandrin

► **To cite this version:**

Anastasia Meidani, Arnaud Alessandrin. Cancers et transidentités : une nouvelle “ population à risques ” ?. Sciences Sociales et Santé, 2017, 35 (1), pp.41-63. 10.1684/sss.20170103 . hal-01493309

**HAL Id: hal-01493309**

**<https://hal.science/hal-01493309>**

Submitted on 27 Mar 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Cancers et transidentités :**  
**une nouvelle « population à risques » ?<sup>1</sup>**

Anastasia Meidani\*, Arnaud Alessandrin\*\*

**Résumé.** À partir d'une trentaine d'entretiens auprès de la population trans et des professionnels impliqués dans son parcours de transition et une cinquantaine d'heures d'observations des situations de soins (consultations, réunions d'équipes médicales) et des activités militantes des personnes trans elles-mêmes (réunions associatives, soirées à thèmes, conférences), cet article se propose d'interroger le lien entre « cancer » et « transidentité ». Après la description de nos objectifs et hypothèses de recherche, nous présentons notre méthode et nous esquissons nos premiers résultats. Après une revue de la littérature sur la question, nous mettons en exergue le fait que, pour ce qui concerne les trans, les questions de santé en général, et de cancer en particulier, sont généralement tuées, en raison d'une traduction psychiatrique des parcours de genre. En ce sens, la question du cancer s'efface, alors même que les constats sociaux et médicaux autour des transidentités appellent à sa mise en avant.

**Mots-clés :** *cancer, transidentité, risque.*

\* Anastasia Meidani, sociologue, Université de Toulouse II, Jean-Jaurès, Laboratoire LISST-CERS (UMR 5193 CNRS), 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex 9, France ; [ameidani@univ-tlse.fr](mailto:ameidani@univ-tlse.fr)

\*\* Arnaud Alessandrin, sociologue, Centre Emile Durkheim, Université de Bordeaux, 3 ter place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France ; [arnaud.alessandrin@gmail.com](mailto:arnaud.alessandrin@gmail.com)

---

<sup>1</sup> Texte par dans : Sciences Sociales et Santé, Vol. 35, n° 1, mars 2017

## Introduction : de la santé psychiatrique à la santé globale<sup>2</sup>

La question transidentitaire est, depuis peu, entrée dans les préoccupations des sciences humaines (Espineira, 2008 ; Hérault, 2004) avec l'émergence de *trans studies* en France<sup>3</sup>. Si l'observation s'est d'abord faite du point de vue du mouvement social trans<sup>3</sup>, les dernières publications tendent à relier les transitions individuelles et les questions de santé publique (Bujon et Dourlens, 2012 ; Giami, 2011, 2012 ; Giami *et al.*, 2011). Ainsi, l'analyse des transitions est passée d'une question causale (pourquoi mobilisables durant la transition (Alessandrin, 2012). Ces recherches ont mis à jour quantité d'angles morts sur la santé des personnes en transition (Espineira, 2012 ; Giami, 2012). L'un d'entre eux est la question du cancer. Si quelques rares études (Walters, 2012) attestent de la sur-exposition des personnes trans à des pratiques à risques, nous ne connaissons pas grand-chose des effets iatrogènes des protocoles endocriniens et chirurgicaux (Ziggar et Dahan, 2011), en France tout du moins, car des pistes de recherches ont déjà été publiées à l'étranger (Ashbee, 2006 ; Dizon, 2006 ; Israel, 1997). Les recherches sur le cancer, le VIH, les problèmes sociaux et psychologiques liés aux discriminations ou les nouveaux éléments du droit réinterrogent le suivi médical des personnes trans tel qu'il est pensé en France et, ce faisant, suggèrent de nouvelles modalités de prise en charge et d'accompagnement.

*Inspiré de la grounded theory*, le présent article se propose d'identifier les modalités des pratiques de soins en lien avec le cancer (essentiellement à un niveau préventif) qui opèrent au sein de parcours de transition et d'examiner les arrangements sociaux qui traversent la trame des négociations soignants/soignés, lorsque ces derniers sont identifiés comme trans. Après avoir exposé les objectifs de recherche et notre dispositif méthodologique, une revue de littérature est présentée afin d'éclairer le couple trans/cancer. Ensuite, nous examinons ce qui rend possible ou contraignant le dépistage d'un cancer du point de vue des personnes trans, et comment cet examen de santé s'articule au recours au système de soins et à d'autres pratiques préventives de cette même population. Du côté des praticiens impliqués dans les parcours de transition, nous étudions la place qu'occupent la prévention et notamment le dépistage lors des consultations

---

<sup>2</sup> L'article s'appuie sur une recherche subventionnée par le Cancéropole GSO (Grand Sud-Ouest\_N°2013-E15) que nous remercions pour son soutien.

<sup>3</sup> Nous utilisons ici le terme de « trans » et non de « transsexuel.le » ou de « dysphorie de genre » afin de ne pas produire des termes jugés comme maltraitants par les personnes elles-mêmes. De même, nous ne proposons pas de définitions divisantes des catégories de « transgenre », « transsexuel.le », « travesti.e » etc. En effet, des études récentes (Alessandrin et Espineira, 2015) montrent que les auto-identifications trans sont multiples et qu'il est très difficile de poser définitivement des définitions closes sur des parcours aussi multiples.

et nous cherchons à savoir s'ils considèrent qu'il peut y avoir une corrélation positive entre l'hormonothérapie et la maladie cancéreuse. Les pratiques dites à risques des trans sont également examinées. Il ne s'agit pas ici de reprendre une catégorie sanitaire mais de considérer les pratiques alcoolotabagiques, sexuelles, professionnelles et de santé du point de vue des personnes enquêtées. Notons qu'au-delà de risques liés à la surexposition hormono-thérapeutique, la consommation des substances psychoactives ainsi que les rapports sexuels non protégés, parfois engagés dans un cadre professionnel (prostitution), reviennent souvent dans les récits de la population interviewée. C'est sous cet angle que le « risque cancer » se trouve opérationnalisé dans le cadre de cet article qui met l'accent sur la subjectivité des acteurs de santé et des personnes trans, qu'il s'agisse de conduites dites à risques ou de pratiques préventives.

À travers l'analyse, le cancer apparaît comme une présence absente des parcours de transition. Ainsi, une idée forte innerve le texte : la faible attention dont fait l'objet le risque cancer chez les personnes trans est liée aux conditions de la prise en charge médicale des parcours de transition et aux difficultés qu'elles engendrent. Alors que la démocratie sanitaire, l'autonomie du patient et l'expertise médicale sont mises à l'épreuve, nous montrons comment le processus de psychiatrisation éloigne les personnes trans des questions de santé générales et de cancer en particulier. Au croisement du médical, du politique et du social, l'article esquisse alors un processus de changement en cours et cherche à identifier les conditions de la mise en visibilité d'une nouvelle « population à risque » dans le champ de la cancérologie. À ce propos, notre hypothèse est que la légitimité de cette population comme cible de politiques publiques et objet de recherche émerge comme une conséquence de la visibilité sociale des personnes trans et leur constitution progressive en un groupe social et identitaire.

### **Un double objectif de recherche : question de départ et méthode**

La recherche sur laquelle s'appuie cet article tente de combler le déficit des connaissances sur la santé des personnes trans en proposant de revenir sur deux points centraux. Premièrement, il s'agit de cerner les conditions sociales qui rendent possibles (ou pas) la prise en compte et la

prise en charge du risque de cancer dans la population trans, en examinant le processus de médicalisation et de pathologisation à l'œuvre, dès lors que la question de la transition émerge dans la trajectoire d'une vie. Deuxièmement, il s'agit de questionner les pratiques de soins adressées à la population trans, analysées sous l'angle des négociations soignants/soignés qui les sous-tendent, dans le but d'examiner la place que ces pratiques laissent au cancer.

Afin d'élaborer ce double objectif, il convient d'étudier la manière dont l'identité trans intervient dans l'histoire de la maladie cancéreuse ; ce qui revient à poser les questions suivantes : comment cette identité genrée concourt-elle à la construction sociale des facteurs de risque d'exposition à certains cancers ? De quelle manière cette identité intervient-elle en réponse à la maladie soupçonnée ou diagnostiquée et aux effets iatrogènes du traitement ?

Avant de répondre à ces questions, il paraît nécessaire de revenir sur les raisons qui nous amènent à penser conjointement les questions de cancer et de transidentité. Deux éléments, que nous développerons par la suite, sont à l'origine de ces interrogations. Premièrement, nous estimons que les pathologies cancéreuses sont porteuses d'indications précieuses quant à la santé globale des trans (suivi médical, prise en charge globale, prévention...), jusque-là traitée presque exclusivement sous l'angle de la santé psychiatrique ou du VIH (à l'étranger en particulier). Deuxièmement, certaines recherches internationales, certes peu nombreuses mais en voie de multiplication, entrent en résonance avec l'absence relative de la question du cancer dans le champ de la santé trans, alors même que cette pathologie est reconnue comme un fléau de santé publique. Le peu d'éléments consacrés à la santé des personnes trans et la relative augmentation des connaissances non francophones en ce domaine, nous ont conduits à mettre en exergue les spécificités du contexte français vis-à-vis de la littérature internationale et des cas d'études étrangers.

D'un point de vue méthodologique, après avoir réalisé un état des lieux de la question dans la littérature internationale, sociologique et médicale, nous avons identifié les pratiques de soins en lien avec le cancer des médecins généralistes, chirurgiens, psychiatres, endocrinologues ou cancérologues, exerçant dans le privé ou le public, et impliqués dans la prise en charge des populations trans en France. En parallèle, les contributions des associations trans<sup>4</sup> françaises qui s'attardent sur la question

---

<sup>4</sup> Nous remercions à cet égard les associations Trans3.0, Arc En Ciel Toulouse, Chrysalide, OUTrans, TxY (Communauté transgenres & transidentitaires), Agile, mais aussi l'Association nationale transgenre pour leur disponibilité à nos côtés.

du cancer ont été recueillies afin de cartographier des espaces de tensions entre ce que demandent les personnes trans et l'offre de soins. Enfin, nous avons observé 50 personnes trans engagées dans des dispositifs des soins visant à « faire face » au cancer (démarches préventives ou curatives) et mené 30 entretiens semi-directifs avec des professionnels impliqués dans les parcours de transition, et des personnes trans. Concernant les acteurs médicaux, deux modes de recrutements ont été privilégiés : le passage par l'association de la SOFECT (Société française d'étude et de prise en charge du transsexualisme) dans les villes de Toulouse, Bordeaux, Marseille et Lyon (où les entretiens ont été réalisés), mais également l'utilisation des réseaux médicaux privés connus des personnes trans elles-mêmes. Quant au cadre des observations, il a été négocié tant auprès de l'équipe médicale de la SOFECT (observation de consultations et des réunions de l'équipe médicale) qu'auprès de personnes trans elles-mêmes, notamment lors de leurs activités militantes (réunions associatives régulières, soirées à thèmes, conférences) ainsi que lors de leurs visites chez les médecins.

Alors que nous entrons dans la phase de restitution de la recherche, nous souhaitons d'ores et déjà en esquisser deux aspects saillants. D'une part, il paraît pertinent de se poser la question d'une spécificité trans face au cancer, sans pour autant réifier une catégorie nominale dont nous connaissons par ailleurs les multiples profils (Alessandrin et Espineira, 2015). Pouvons-nous parler d'une « population à risque » ou d'une population encline à des conduites dites à risques spécifiques en lien avec le cancer, à l'image des consommations alcool-tabagiques ? D'autre part, nous sommes en mesure d'énoncer que le cancer se profile dans les protocoles de soins et dans les parcours de santé comme une présence absente, à la fois saisie par des peurs et une préoccupation mise de côté, tant par les soignants que par le soignés, saisis par les enjeux des transitions.

## **I° Transidentité et risque cancer : une présence absente ?**

### ***De la revue de littérature...***

La santé trans a longtemps été abordée par le prisme psychiatrique. Encore aujourd'hui, le remboursement des opérations et l'obtention d'un

changement d'état civil sont corrélés à un suivi psychiatrique<sup>5</sup>. Cette psychiatrisation des parcours, officialisée par des protocoles de soins largement critiqués (Alessandrin, 2012 ; Giami, 2011 ; Hérault, 2014), s'accompagne de suivis endocrinologiques et chirurgicaux. Les recherches sur le cancer dans les parcours de transition sont pourtant étrangement silencieuses, alors même que les hormones administrées aux personnes trans impliquent des risques et des contre-indications<sup>6</sup>. Ainsi, en se référant au Résumé des caractéristiques du produit (RCP), qui est le document officiel de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), nous pouvons lire : « *Avant d'instaurer un traitement par la testostérone, les patients doivent subir impérativement un examen approfondi afin d'écartier tout risque de cancer de la prostate préexistant. Une surveillance attentive et régulière de la prostate et des seins devra être effectuée selon les méthodes usuelles recommandées (toucher rectal et dosage du PSA - antigène spécifique de la prostate), au moins une fois par an chez tout patient suivant un traitement par la testostérone et deux fois par an chez les sujets âgés et les patients à risque (facteurs cliniques ou familiaux)* »<sup>7</sup>. Toutefois, si la question du « bon » dosage hormonal est largement discutée dans la littérature internationale portant sur les transidentités (Asscheman *et al.*, 1989, 1992 ; Meyer *et al.*, 1986), la question du cancer n'y apparaît pas si fréquemment.

Plus précisément, un état de la littérature en ce domaine témoigne de quatre tendances. La première se caractérise par l'évocation des risques de cancers à plus ou moins long terme (Asscheman *et al.*, 2011 ; Margrita *et al.*, 2006 ; Meriggiola et Berra, 2012). C'est, par exemple, le cas de l'article de Jacobeit *et al.* (2009) qui n'observe aucun cas de cancer après 36 mois d'hormonothérapies. Mais l'étude comporte seulement 17 cas de

---

<sup>5</sup> Notons que la France n'a pas de loi concernant les personnes trans. En régime jurisprudentiel, certains tribunaux ont permis l'obtention d'un changement d'état civil sans suivi psychiatrique et, pour certains encore, sans opération de réassignation. Ajoutons également que, pour de nombreux tribunaux, la condition de stérilité est requise dans l'obtention d'un changement d'état civil (Alessandrin, 2012).

<sup>6</sup> Ainsi, la notice de l'Androtardyl® (testostérone injectable en intramusculaire) comprend très précisément cette mention : « Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de cancer prostatique ». Les questions du diagnostic précoce et du dépistage sont ainsi nettement posées.

<sup>7</sup> Ces mises en garde spéciales et précautions d'emploi figurent au chapitre(4) 4.4 du document disponible à l'adresse <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/index.php> que nous mobilisons dans le but de montrer que le risque de cancer y est évoqué dans un résumé portant sur les Mt (Male To...) qui prennent de la testostérone.

FtM<sup>8</sup>. Il en va de même pour l'enquête de Margrita *et al.* (2006) qui ont suivi 23 personnes trans sur une durée de traitement allant de 18 à 24 mois. L'étude de 2011 d'Asscheman *et al.* fait exception et porte sur une cohorte rétrospective de plus de 1 300 patients suivis pendant près de 19 ans. Les chercheurs n'observent pas non plus de surmortalité due aux hormonothérapies. Mais, en l'absence d'étude supplémentaire, ces chiffres nous en apprennent peu sur le couple cancer/trans.

D'autres textes et études recommandent un suivi plus soutenu (Hembree *et al.*, 2009 ; Knezevich *et al.*, 2012), notamment en matière de dépistages à long terme. C'est, par exemple, le cas du rapport de Ziggat et Dahan pour l'IGAS qui note, dans son chapitre sur les traitements :

« *L'hormonothérapie instaurée, un suivi régulier est nécessaire afin d'adapter les posologies en fonction de nombreux éléments [...] (marqueurs du cancer de la prostate...)* » ( Ziggat et dahan, 2011 :

). La réalisation régulière de mammographies est également recommandée (p. 27). Ainsi le rapport de l'IGAS, qui reprend les recommandations de l'ANSM, mentionne dans son chapitre sur « les éventuelles complications » : « *l'importance d'un suivi postopératoire à long terme et d'une surveillance des risques de cancers du sein et de la prostate (qui est maintenue en cas de vaginoplastie)* » (Ziggat et Dahan, 2011 : 34).

Une troisième famille d'articles évoque le cancer seulement comme contre-indication aux traitements, à l'instar du texte de Grafeille (2011) issu d'un protocole hospitalier local. Sur ce point, il est important d'ajouter que les pratiques médicales diffèrent d'une région à une autre, comme d'un pays à un autre. Précisons que d'autres articles étendent la contre-indication, non pas à certains traitements, mais à l'ensemble de la transition en cas de cancer (Bauquiza *et al.*, 2011)<sup>9</sup>.

En outre, un quatrième groupe d'articles est constitué de simples descriptions de cas (Dizon, 2006 ; Hage *et al.*, 2000 ; Mueller et Gooren, 2008 ; Pattison et Mc Laren, 2013 ; Pritchard *et al.*, 1988 ; Shao *et al.*, 2011 ; Sulser, 2005). En lien avec cette revue de littérature, il est intéres-

---

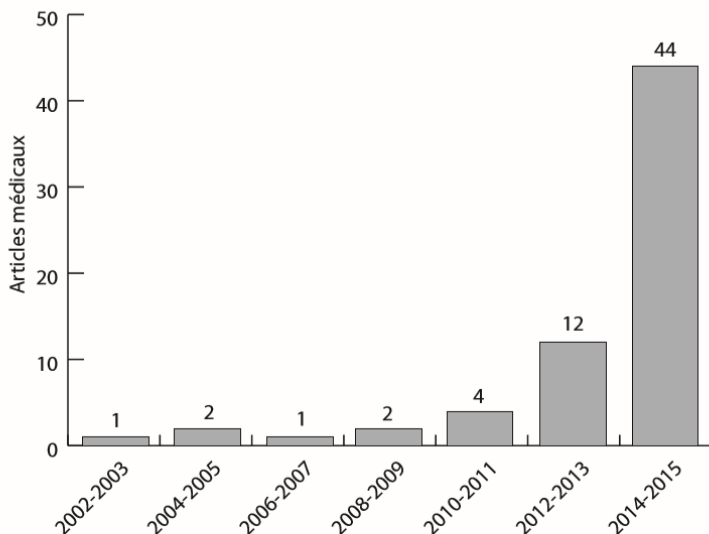
<sup>8</sup> Nous utiliserons ces acronymes, largement mobilisés par la communauté, pour indiquer les parcours de transition : MtF : *Male to Female* et FtM : *Female to Male*.

<sup>9</sup> Nous pourrions aussi, en nous limitant au cas français, évoquer quelques rares productions associatives sur la question. Ainsi, les SPI (Sœurs de la Perpétuelle Indulgence) financent, en 2011, un dépliant sur le cancer du sein chez les femmes lesbiennes et bi, qui comporte un encadré sur les trans. Le site communautaire TxY traduit, en 2013, une page web américaine incitant les trans au dépistage du cancer du sein. On notera aussi l'engagement de l'acteur porno Buck Angel contre le cancer de l'utérus chez les FtM.



sant de souligner que, dans le cadre de notre enquête, les 12 professionnels interviewés, à l'exception d'un chirurgien, avouent ne pas avoir connaissances d'études qui pourraient éclairer le binôme cancers/trans.

Enfin, il convient de faire état de l'évolution des productions scientifiques internationales sur cette question (66 références référencées sur MedLine), laissant présager un intérêt croissant des chercheurs et des politiques sur la santé trans. La *Figure 1* illustre la progression des publications depuis 2002 comprenant les termes « trans » et « cancer ».



**Figure 1**  
*Articles médicaux publiés sur « trans » et « cancer »*

### ***...aux pratiques de santé privées***

Mais, au-delà de cet état de la littérature, quelle place occupe le cancer dans les pratiques de santé de la population cible ?

Parmi les FtM, les plus jeunes de nos interviewés déclarent ne pas se rendre chez la gynéco, ne jamais faire de frottis, alors que les plus âgés avouent n'avoir jamais eu recours à la mammographie. Cet éloignement des pratiques préventives se remarque même lorsque des cas de cancer,

et/ou de morts dues au cancer, sont répertoriés dans l'entourage familial proche des personnes interviewées<sup>10</sup>. De ce point de vue, les récits récoltés s'inscrivent à rebours des politiques de prévention en matière de cancer adressées à la population féminine dans son ensemble, politiques qui visent explicitement la surveillance du corps. Le constat met en relief des tensions qui relèvent tant de la sphère privée que de la sphère publique de la santé, et se cristallisent dans les recours différentiels au système des soins. Ces tensions disent aussi l'impact d'une socialisation sexuée sur les parcours de santé en général et de transition en particulier. Par exemple, pour Tom<sup>11</sup>, FtM de 22 ans, « *son corps ne lui appartenant pas, il est compliqué de l'investir* ». En effet, prendre soin de ce corps reconnu comme féminin à la naissance, est vécu comme une épreuve. Quant à Léo, 28 ans, il porte une attention particulière à la masculinisation et l'esthétisation de son corps (muscultation, camouflage des cicatrices) mais le dépistage ne fait pas partie de ses pratiques de soins puisque le recours à certaines spécialités médicales (à l'image de la gynécologie) est appréhendé comme un retour pénible de la chair.

Quant aux MtF, et même si cette partie de la population se montre plus sensible à la prévention, les propos laissent entrevoir la pluralité de profils. Ainsi ces enquêtées épousent tantôt les recommandations préventives véhiculées par les politiques publiques, tantôt cette envie d'adhérer à l'univers féminin et d'incorporer ce mode d'être qui projette inlassablement la féminité dans le microcosme du *care* et du *cure*. Corinne, 48 ans, nous dit être « *très régulières* » vis-à-vis de son suivi gynécologique, même si elle ne se prête pas au jeu des mammographies. Julie, de quinze ans plus jeune, se veut « *attentive* » à son corps et « *à la prévention en général* » mais elle refuse de se faire dépister, mettant en avant son jeune âge. Au-delà de ces différences notables entre MtF et FtM, un dénominateur commun demeure : le dépistage du cancer ne fait pas partie du présent de la transition qui nous est donné à écouter dans le cadre de ces récits. Et même lorsque nous avons demandé aux personnes interviewées de se projeter vers l'avenir, ces pratiques préventives n'étaient pas au rendez-vous. C'est dans ce sens que nous soutenons que le risque cancer repré-

---

<sup>10</sup> Nos travaux sur l'expérience cancéreuse analysée d'un point de vue genré et ciblant la population générale montrent que des tels épisodes cancéreux sont pris en compte notamment de la part de femmes qui orientent en fonction leurs pratiques de dépistage (Meidani, 2008).

<sup>11</sup> Conformément aux règles de confidentialité et d'anonymisation en vigueur, tous les prénoms cités dans cet article renvoient à des pseudonymes.

sente une inquiétude bien lointaine pour les personnes en transition. La préoccupation primordiale de ces dernières les ramène inlassablement à cette identité genrée en chantier, fermant ainsi la route à des questions de santé qui, à leurs yeux, paraissent secondaires. « *Ce n'est pas que j'y pense pas, mais la priorité c'est l'opération et les papiers* », nous répète Anthony (FtM, 29 ans), comme un grand nombre de personnes rencontrées. Cette secondarité des priorités identifiées dans les récits de nos interviewés épouse les propos et les pratiques des professionnels impliqués dans les parcours de prise en charge de ces patients et observés dans le cadre des consultations en endocrinologie et en psychiatrie. Ces dernières nous ont donné accès à un large panel des profils allant des demandes d'ouverture des dossiers jusqu'à des patients en fin de parcours de transition, âgés de 16 à 73 ans, MtF ou FtM. À l'examen de ces données empiriques, la première chose qui interpelle est l'absence de toute allusion de la part de ces médecins à la notion du risque et *a fortiori* au risque cancer. Les rares fois où le terme a été mentionné, il s'agissait pour ces professionnels de fournir des éléments de réponse suite à des interrogations formulées de la part des patients ; interrogations qui pourraient être qualifiées, pour le moins, d'insistantes. Il est alors question des risques cardio-vasculaires, des problèmes de foie (sans définir la nature exacte de tels problèmes), mais en aucun cas de cancer.

D'ailleurs ce risque ne semble pas non plus être pris en compte dans le suivi médical. Et pourtant, les RCP des hormones utilisées pour les différents types de transition mentionnent explicitement des risques de cancer. En particulier, pour la cyprotéone (un anti-androgène utilisé par les MtF), le risque de cancer du foie et le risque de méningiome sont cités. Pour les estrogènes (hormones féminines) associées ou non à des hormones progestatives, les risques de cancer du sein et de méningiome sont également mentionnés ; pour la testostérone (hormone masculine), l'accélération de l'évolution des cancers de la prostate et du sein, tumeurs hépatiques bénignes et malignes, avec parfois hémorragie

digestive pouvant entraîner la mort (particulièrement à fortes doses) sont aussi répertoriés. Ces données sont également reproduites dans de nombreuses sources d'information à disposition des médecins, à l'image du dictionnaire *Vidal*. Par exemple, la base de données Martindale mentionne, pour les estrogènes à dose contraceptive ou en traitement des symptômes liés à la ménopause, une petite augmentation du risque de cancer du sein et une augmentation jugée « négligeable » de cancer du foie<sup>12</sup>. Pourtant, du point de vue des praticiens rencontrés, le risque cancer est évacué : « À notre connaissance aucune étude n'atteste d'une quel-conque corrélation entre cancer et prise hormonale », nous confiera un médecin.

## II° Transidentité, cancer et risque différentiel

Certains travaux pointent du doigt les conditions de vie des trans (consommation de drogues, pratiques alcool-tabagiques, éléments de justice, vulnérabilités...) interrogeant les risques liés à leur santé, dont le risque cancer. À titre d'exemple, Greco Walter insiste sur les conséquences de la psychiatrisation des trans en termes de santé : « *L'exigence de stérilisation forcée crée une barrière épaisse [...] qui touche directement les personnes trans [...] Dans leurs parcours de santé cette incongruence administrative les oute [ostracise] automatiquement, pour une recherche d'emploi, de logement, dans les démarches administratives ou de santé* » (Greco Walter, 2012 : 261-262). Citant les études de Spade (2011), Namaste (2000) ainsi que Dorais et Chamberland (2013), Greco Walter ajoute : « *De nombreux autres problèmes de santé apparaissent comme le doublement et au-delà du taux d'infection au VIH, de la prise de drogues ou d'alcool, ainsi que des mauvais traitements* ».

Le cancer n'est pourtant pas, comme nous l'avons vu, au cœur des interrogations sur la question trans, du côté de médecins, alors même qu'il est devenu la première cause de mortalité en France (Aouba *et al.*, 2011) et que les personnes trans restent plus concernées par certaines pratiques (à l'image de consommations alcool-tabagiques) que d'autres populations, une idée communément admise tant par les soignants que les soignés. Tous deux, s'ils n'ignorent pas toujours le risque cancer, le minimisent fortement ou ne l'évoquent pas, tant la question de la transition est totale. Pour justifier cet effacement de la question du cancer, les soignants se réfèrent à l'absence de données scientifiques fiables attestant d'une corrélation prouvée entre les traitements relatifs à la transition et la pathologie, alors que les soignés ne

---

<sup>12</sup> À noter que la base Martindale mentionne brièvement l'utilisation des estrogènes dans un but de transition (*Gender reassignment Martindale, the complete drug reference* ; <https://www.medicinescomplete.com/mc/martindale/current/ms-9083-y.htm#m9083-y>).

s'attardent pas sur ces questions de santé qui leur semblent périphériques. Cette sous-estimation des risques relatifs au cancer ne relève pas uniquement d'un niveau représentationnel. Le nomadisme médical auquel sont souvent contraintes les personnes trans produit des effets sur le suivi des parcours de transition et leurs pratiques préventives, notamment en lien avec le dépistage.

Ces éléments apparaissent aussi au cours des entretiens avec des responsables associatifs. Pour Sylvie « *toute discrimination produit des comportements à risques. Et l'on prend rarement en compte les périodes pré-transitions qui sont aussi chaotiques parfois. On trouve les problèmes d'alcoolisme, de surpoids [...] Pour certains il s'agit de combattre le stress, la solitude. Et puis il y a les problèmes juridiques qui restent les problèmes numéro un dans l'accès aux soins* ». Un autre militant nous confirme qu'il « *voit beaucoup de trans en situation de risques* ». Il ajoute que rien n'est fait pour que les vies des personnes trans soient apaisées : « *Un bon tiers de mes ami.e.s militants et militantes sont dépendants à la tabagie, à l'alcool... parce qu'en attendant de mettre en route le traitement, pour tenir contre l'opprobre sociale ou familiale, tout ça, et bien certains peuvent avoir besoin de béquilles.*

Dans le droit fil de cette perspective, il nous a semblé nécessaire d'examiner comment les risques (définis comme tels par les personnes trans) se déclinent au sein même de la population étudiée. L'analyse de notre corpus d'entretiens renvoie à une distinction assez nette entre les plus jeunes de nos interviewés et les autres. Dans les propos des premiers, le changement de sexe est décrit comme un droit dont la Sécurité sociale doit garantir la prise en charge. Le récit de David (FtM, 19 ans), le plus jeune de nos interviewés, est éloquent : « *Je ne vois pas pourquoi je dois composer avec la nature. Je suis en droit de choisir mon sexe et ce sexe ne me convient pas. Je ne vois pas pourquoi je dois attendre d'avoir 40 ans pour faire le nécessaire. Je n'ai pas besoin de cette souffrance, je ne suis pas maso* ». La question du corps traverse les propos de David qui

reflètent les revendications de sa génération : toute allusion à la souffrance est secondaire, alors que la gestion du temps biographique est mise en avant. Par ailleurs, les récits de ces jeunes trans gardent à distance tant les conduites dites à risques (absence de consommation alcoololo-tabagique) que toute pratique préventive (hygiène alimentaire, pratique sportive, dépistage).

Ces mêmes traits se retrouvent dans les propos d'une des plus jeunes patientes observées dans le cadre des consultations. Marie 16 ans, accompagnée de sa mère qui patiente dans la salle d'attente pendant sa consultation chez la psychiatre, ne semble pas épouser l'expérience de la souffrance que le médecin cherche désespérément à extraire de ses propos. Le récit de la souffrance perd sa centralité dans les propos de ces jeunes trans, alors que d'autres (notamment les plus âgés) la reconnaissent comme une caractéristique centrale de leur trajectoire, justifiant ainsi le recours à des conduites dites risques qui, dès lors, s'apparente à des « *béquilles psychiques* ».

Les cas décrits ci-dessus contrastent avec le témoignage de Marie-Ange, une MtF de 40 ans, prostituée, vivant en couple, qui vient de se faire opérer, il y a à peine trois mois au moment de l'entretien. Notons que les activités professionnelles de cette travailleuse du sexe ne sont pas connues par l'équipe médicale qui la suit, faute de quoi la poursuite de sa prise en charge risque d'être compromise, une hantise qui ne la quitte pas. Ainsi, tant que le magnétophone reste branché, Marie-Ange se présente comme « coiffeuse ». Elle passe aussi soigneusement sous silence la consommation de substances psychoactives, à laquelle elle s'adonne régu-lièrement, alors qu'elle insiste sur toutes les pratiques de dépistage qu'elle met en place, y compris en matière de cancer.

Son témoignage s'écarte de celui de Camille, la plus âgée de nos interviewées, qui a 80 ans au moment de l'entretien. Parente d'un enfant de 37 ans, elle a vécu 35 ans avec son épouse, morte d'un cancer, 5 ans avant notre rencontre. Afin d'obtenir ses prothèses mammaires, Camille a eu recours à un chirurgien thaïlandais, bien connu par le réseau associatif dans lequel elle évolue. Si Camille a été obligée de se rendre à l'étranger, c'est parce que les médecins français n'ont pas voulu considérer sa demande, compte tenu de son âge, et ceci malgré un bilan de santé « parfait » qu'elle se plaît de nous montrer.

Pour nous accueillir, Camille tient à nous faire goûter la tarte aux pommes qu'elle a préparée juste avant notre arrivée, tout en faisant l'éloge de l'appareil cuisinier qu'elle s'est procurée dernièrement et qui permet de cuire les aliments sans les priver de leurs valeurs nutritives. De toute évidence, Camille est très attentive à sa santé, elle surveille son alimentation et pratique régulièrement une activité sportive. D'ailleurs, pour nous

convaincre de l'intérêt de sa démarche, elle nous rapporte une bonne dizaine d'ouvrages sur lesquels elle appuiera son intervention lors du prochain cycle des conférences de la structure associative dont elle est membre. Ajoutons que les ressources de Camille s'élèvent à plus de 4 000 € par mois, alors que son niveau d'instruction avec un bac plus 9 en biologie moléculaire la classe d'emblée dans la partie la plus instruite de notre échantillon.

Parlant de son passé, Camille se réfère à la guerre d'Algérie à laquelle elle a participé, à son père violent qui la fouettait et la punissait en la laissant des nuits entières dans le cellier situé au sous-sol de leur domicile familial, à la maltraitance de l'école de sœurs... De ce point de vue, la trajectoire de Camille correspond beaucoup plus nettement aux prénotions des professionnels impliqués dans la prise en charge des trans en France<sup>13</sup>, qui placent le parcours de transition dans la continuité d'une série d'épreuves biographiques, à laquelle il serait lié dans une logique causale.

Camille se définit aujourd'hui comme lesbienne. Ceci étant, l'absence de changement de l'état civil (les chirurgiens thaïlandais et canadiens auxquels elle s'est adressée lui ont refusé la vaginoplastie), l'oblige à « *se déguiser en homme* » à chaque fois qu'elle est amenée à se rendre chez son médecin traitant, une démarche qui, d'après ses propres dires, n'est pas pour faciliter les dépistages en tout genre. D'ailleurs, Camille avoue n'avoir jamais eu recours au dépistage du cancer de la prostate « *en absence du moindre signe inquiétant* ». Le récit de Camille n'est pas isolé. Il dessine d'ores et déjà l'éloignement des personnes trans vis-à-vis de nombreux espaces de soins en France.

### **III° Ce que demandent les patients... ce que font les praticiens**

Dans une situation de vive tension entre les normes médicales et les demandes de transition, les relations au sein des protocoles hospitaliers sont parfois très conflictuelles (Espineira, 2012 ; Hérault, 2004). C'est pourquoi les transitions s'effectuent, la plupart du temps, auprès de médecins libéraux (Miami, 2011), mais également à l'étranger où s'établit un marché des soins comparatif et concurrentiel, à dimension internationale. Cette recherche pose donc la question des attentes de la population trans et, parallèlement, des pratiques médicales et de la place qu'elles réservent à la question du cancer.

---

<sup>13</sup> Nous nous référons ici aux représentants de la SOFECT.

Nous pouvons ici décrire deux tensions. L'une est liée à la demande de transition et concerne les professionnels impliqués dans les parcours de prise en charge. L'autre, est plus directement corrélée au fait d'être une personne trans, et concerne donc potentiellement tous les soignants. Cette double tension, qui a un impact direct sur les pratiques de soins en matière de cancer, se retrouve dans de nombreux témoignages recueillis dans le cadre de notre enquête, à l'image de celui de Noémie, une responsable associative : « *Les trans ne se font pas dépister facilement. Car comment faire lorsque tu n'as pas le bon numéro de sécu. Pour beaucoup de copines c'est compliqué. Y'a des craintes... Les rapports avec les médecins ne sont souvent pas sains. Quand on se fait appeler "monsieur" dans la salle d'attente d'un médecin, ça ne vous donne pas envie d'y revenir [...]* Y'a de bons médecins mais tous ne sont pas bienveillants, dans les hôpitaux mais aussi en dehors. Mais dans les protocoles, lorsque les gens se font dépister, c'est une sorte de contrainte dans un protocole établi. Il n'y a pas de demande de la personne, il y a trop de charge sur les épaules pour qu'il y ait une demande émanant des personnes. » En lui demandant si cela avait été son cas, Noémie nous répond : « *Non, moi j'ai fait mon parcours toute seule, un parcours libre. C'est plus facile avec un généraliste, on fait des bilans tous les ans, on peut lui demander des mammos. Et encore, il existe une réelle discrimination pour les personnes qui n'ont pas de changement d'état civil. En France, tant qu'on ne sera pas bien reçus par les médecins, il y aura de la méfiance !* »

La fin de l'extrait donne à voir un nouveau modèle de citoyen que l'on retrouve, par ailleurs, dans d'autres sphères de la santé. Informé, actif, censé faire preuve d'autonomie, crédité d'un pouvoir décisionnel, capable de se prononcer sur son traitement, cet acteur pêche dans des savoirs divers, fondés sur le partage d'expériences plurielles, plus ou moins proches du savoir médical (Meidani *et al.*, 2015). Ces expériences plurielles impliquent l'introduction de « tiers », aussi bien matériels qu'humains, dans la relation de soins et résonnent de la thèse de la « *collectivisation du colloque singulier* » (Bellivier et Noiville, 2006). Le processus de publicisation de ces affaires privées prend appui sur des voies diverses telles les médias ou les structures associatives qui revien-nent régulièrement dans les propos et les pratiques des personnes trans. Résultante du mouvement de dé-privatisation, la visibilité qui en découle contribue à conférer une légitimité sociale à des problèmes confinés jusqu'alors à l'espace intime et, ce faisant, elle met en jeu le pouvoir octroyé aux savoirs experts et aux savoirs profanes. C'est là une condition de réalisation de ce que Noémie qualifie comme un « *parcours libre* ». De tels parcours mettent en relief les stratégies déployées par les acteurs pour contrecarrer les risques de disqualification d'eux-mêmes et de leur expérience.



En quête de reconnaissance, voire de réparation, la mise en visibilité des dommages de santé viendrait rompre avec la sphère de l'intime pour exister aussi aux yeux d'autrui, attirant ainsi l'attention de la science et parfois même de la justice (Meidani *et al.*, 2015). Cependant, toutes les personnes trans ne se retrouvent pas dans ce processus de publicisation de leurs expériences et encore moins dans cette dynamique relationnelle avec le corps médical. Les tensions qui en résultent débouchent sur la mise en place de contre-marchés du changement de sexe et des modifications corporelles.

Deux éléments doivent être soulignés à ce propos : d'un côté, les nombreux retours concernant des traitements endocriniens jugés par les trans considérés dans le cadre de la présente enquête comme « *trop forte-ment dosés* » avec des effets indésirables lourds (notamment en matière de surpoids), et l'absence de suivi régulier ; de l'autre côté, l'automédication. Notons que l'enquête de HetS et du MAG<sup>14</sup>, réalisée en 2010, montre que 5 % des jeunes trans trouvent leurs hormones sur Internet. Notre enquêté, Louis, FtM, 25 ans, confirme. Il a débuté sa prise de testostérone et, manquant d'expériences et de conseils, il s'est fourni en hormones auprès d'amis et s'est auto-médicamenté. « *Ma testo je la prends 2 fois par mois. On m'a dit qu'une prise suffisait mais j'ai voulu augmenter les doses [...] Je suis passé d'une demi ampoule de 250mg d'Androtardyl® en intramusculaire toutes les 4 semaines à une deuxième, puis une cinquième, parfois une sixième [...] Je veux que ça aille plus vite, j'en ai marre d'attendre* » L'automédication expose-t-elle à un risque lié au cancer ? Reléguées au silence ces pratiques ne sont pas vraiment considérées par les médecins et encore moins par les chercheurs.

Une autre tension apparaît chez les FtM et porte précisément sur la prévention du cancer de l'utérus. Dans ces parcours de transition, l'hystérectomie se présente simultanément comme une injonction juridique dans de nombreux tribunaux et comme un geste médical préventif, face à un hypothétique risque de cancer. Aux yeux des personnes interviewées, cet argument tient lieu de mythe et cache une autre peur. Le témoignage de Bastien est éloquent à ce sujet : « *Il y a une instrumentalisation du cancer pour les FtM. On connaît bien la tendance à faire de la chirurgie préventive, mais sans chiffres c'est seulement une légende urbaine : le risque généralisé de cancer de l'utérus pour les garçons trans. À moins que la stérilisation ne soit voulue... par eux [les médecins] ou par des trans... Je ne sais pas s'il y a plus de dépistages parce qu'il y a de la médecine dans*

---

14

<http://www.transidentite.fr/fichiers/ressources/Enquete%20jeunes%20trans%20HES%20MAG%20avril%202009.pdf>

*nos parcours, mais il y a aussi beaucoup d'ignorance et beaucoup de prises de risques... Pour ne pas avoir d'homme enceint, c'est un bon argument que celui du cancer de l'utérus, non ?* » Pour Bastien, mais cela revient dans les récits de nombreux interviewés, certains médecins n'hésitent pas à brandir le risque d'un cancer de l'utérus pour privilégier des phalloplasties et des hystérectomies. De telles pratiques professionnelles rejoignent la tendance du système médical à reproduire un modèle binaire du sexe qui va à l'encontre du souhait de certaines personnes qui ne se plient pas aux normes de l'équation sexe/genre (Sanabria, 2013). Ce point ethnographique est à mettre en perspective avec les réticences de la population trans à se plier au discours sanitaire sur le risque cancer.

À la lumière de cet extrait d'entretien de Bastien, deux éléments doivent être soulignés. D'une part, la nécessité de saisir les particularités de chaque parcours en partant de l'idée selon laquelle les questions de santé des FtM et des MtF pourraient être différentes du fait du sexe attribué à la naissance, des traitements et des types d'hormones consommées. En effet, les conditions de dépistage ou du suivi du cancer de la prostate chez une femme trans, et celles relatives au dépistage ou au suivi du cancer du sein chez un homme trans, mériteraient une attention particulière. D'autre part, et les témoignages recueillis abondent dans ce sens, il s'esquisse ici un enjeu majeur en matière d'expertise. Tout consiste à dire que celles et ceux que nous avons un peu trop souvent, un peu trop vite, cantonnés dans le statut de « profanes », sont en attente d'une connaissance fine et bien fondée sur leur santé, ce qui ne semble pas être au rendez-vous, notamment en matière de cancer. Damien nous raconte à ce sujet : *« On nous dit qu'il y a des risques mais quels sont les chiffres ? Au-delà des études parcellaires... Il n'y a pas de comparaison scientifique possible si on ne produit pas de la connaissance en France. On est donc dans l'idéologie. Les peurs concernant l'homme enceint en sont un bon exemple ! Car on peut vouloir se débarrasser des règles mais c'est autre chose que de ne pas porter la vie. Pourquoi l'enlever l'utérus, sinon une injonction juridique pour un CEC [Changement d'état civil] ? »*

Trop près du diagnostic, trop loin du soin, les personnes trans « bricolent » des parcours de santé dans un processus soumis aux réputations des médecins et des tribunaux. Ce processus est animé par une logique qui prône l'économie du recours au soin médical qui advient ici comme le signe du rejet de la pathologisation. Si, du point de vue des professionnels, cette dernière sous-tend la médicalisation des parcours de transition, la pathologisation (notamment sous son versant psychiatrique) est abondamment condamnée par la population trans.

Nous voyons ici comment les rapports de dominance qui marquent les interactions soignants/soignés déterminent les parcours de soins, parfois

même l'accès au système socio-sanitaire. À ce propos, l'enquête de l'association Chrysalide souligne que 16 % de la population trans se sont vus refuser des soins du fait de leur transidentité en 2010, et que 35 % ont renoncé à des soins du fait de préjugés ou de discriminations émanant du personnel de santé. Cinquante-sept pour cent des enquêtés estiment, enfin, avoir été gênés par l'attitude des soignants<sup>15</sup>. Cette asymétrie des interactions soignants/soignés qui traverse les parcours trans se dit aussi dans les critères d'éligibilité d'un dossier (âge et taille de patients, statut socio-professionnel, parentalité) ; un constat que nous avons eu l'occasion de confirmer à travers les observations de réunions régulières de l'équipe médicale.

L'analyse qui précède pose alors la question de confiance qui anime l'ordre interactionnel entre patients et soignants. Ce dernier, faisant la part belle aux patients les plus jeunes d'un niveau socio-culturel élevé, se trouve ainsi enchâssé dans des schémas socioculturels qui le modèlent et le contraignent. Minant les bases du pouvoir décisionnel des patients, de telles pratiques médicales tracent les contours de consentements plutôt « résignés » qu'éclairés (Fainzaing, 2014). Ces failles questionnent l'adéquation du système de santé aux attentes de ces usagers et mettent à l'épreuve le principe de démocratie sanitaire, au sein duquel le patient citoyen ferait valoir ses droits (Drulhe et Sicot, 2011 ; Schweyer, 2014). Le tout réduit la place réservée au cancer et aux pratiques préventives afférentes dans les parcours de transition. Si l'une des perspectives de la démocratie sanitaire est de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers, la question trans apparaît comme un des parents pauvres de ce projet, ce qui montre les limites de sa concrétisation, en particulier parce qu'elle demeure conditionnée par les inégalités des rapports sociaux et les ressources afférentes à ces rapports (Rabinow et Rose, 2006)

## **Conclusion**

Concluons en revenant sur les raisons qui nous ont conduits à penser conjointement les questions de cancer et de transidentité. Tout d'abord, les maladies cancéreuses sont porteuses d'indications cruciales quant à la gestion de la santé globale des trans, jusque-là envisagée sous le prisme de la santé psychiatrique ou du VIH (du moins à l'étranger). La place

---

<sup>15</sup> Les chiffres sont disponibles à l'adresse suivante : [http://chrysalidelyon.free.fr/sondage\\_sante2011.php](http://chrysalidelyon.free.fr/sondage_sante2011.php)

qu'occupent les questions liées au cancer dans les parcours de santé de la population trans est paramétrée par le processus de psychiatrisation, qui conditionne en grande partie ses pratiques préventives et ses conduites dites à risques, relayant le risque cancer dans le registre de la moindre valeur. Dans ce sens, le couple cancer/trans constitue le signe le plus probant des failles que connaît le mouvement trans dès lors qu'il est question de la santé de cette population ; failles qui ne sont pas sans rappeler le mouvement pour la santé des femmes dans les années soixante-dix. Pour le dire autrement, pour le mouvement de santé des trans, c'est au niveau de la maladie chronique que se traduit le plus entièrement l'aliénation dans laquelle cette population est projetée.

Ensuite, les recherches internationales font écho à l'absence relative de la question du cancer, y compris lorsqu'elles évoquent la santé trans. Nous pouvons lire la littérature internationale comme le signe d'une absence de risque spécifique pour cette population, comme nous pouvons entrevoir là l'indice de la place que la société réserve à une population largement discriminée par ailleurs, alors même que ses pratiques alcoolotabagiques et les prises hormonales mériteraient une attention soutenue. Dans ce cadre, il ne s'agit pas seulement de savoir si la population trans constitue ou non une nouvelle « population à risque » dans le champ de la cancérologie (ce qui relèverait davantage d'un travail épidémiologique), mais d'identifier les conditions de la mise en visibilité de cette catégorie et, par conséquent, de la légitimité de son émergence.

Enfin, le couple cancer/trans est un exemple paradigmatique de l'impact d'une socialisation sexuée sur les parcours de santé, en ce sens que son analyse démontre la force injonctive d'un cadre sanitaire qui ne permet pas de penser la norme sexuée à partir de ses marges, même lorsqu'il s'agit d'une pathologie qui, par sa gravité, sa chronicité, son incidence et sa prévalence, prendrait figure de symbole, cristallisant le rapport que la modernité entretient avec la santé de ses citoyens les plus fragilisés. Dans ce sens, la présente recherche appelle à une double montée en généralité : du cancer à la santé des trans dans sa globalité et des trans à la place du genre dans l'espace de la santé.

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

Alessandrin A., 2012, Le « transsexualisme » : une nosographie obsolète, *Revue Française de Santé Publique*, 24, 3, 263-269.

Alessandrin A., Espineira K., 2015, *Sociologie de la transphobie*, Bordeaux, MHSA.

- Aouba A., Eb M., Rey G., Pavillon G., Jouglà E., 2011, Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000, *Bulletin d'Épidémiologie Hebdomadaire*, 22, 249-255.
- Ashbee O., 2006, Trans people and cancer, *Trans care, Medical Issue* [en ligne].
- Asscheman H., Gooren L.J.G., Ekiund P.L.E., 1989, Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment, *Metabolism*, 38, 869-873.
- Asscheman H., Louis J.G., Gooren M.D., 1992, Hormone Treatment, In: *Transsexuals, Transgender Care* [en ligne].
- Asscheman H., Giltay E.J., Megens J.A., De Ronde W.P., Van Trotsenburg M.A., Gooren L.J., 2011, A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones, *European Journal of Endocrinology*, 164, 635-642.
- Bauquisa O., Pralong F., Stiefel F., 2011, La chirurgie de réassignation sexuelle, *Forum Médecine Suisse*, 11, 4, 58-64.
- Bellivier F., Noiville C., 2006, *Nouvelles frontières de la santé, nouveaux rôles et responsabilités du médecin*, Paris, Actes Dalloz.
- Bujon T., Dourlens C., 2012, Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans, *Sciences Sociales et Santé*, 30, 3, 33-58.
- Dizon D., 2006, Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient, *Gynecologic and Obstetric Investigation Journal*, 62, 226-228.
- Dorais M., Chamberland L., 2013, L'homophobie et les tentatives de suicide et la résilience chez les jeunes LGBTQ, *Service Social*, 59, 1, 35-62.
- Drulhe M., Sicot F., 2011, *Santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, PUM.
- Espineira K., 2008, *La Transidentité, De l'espace médiatique à l'espace public*, Paris, L'Harmattan.
- Espineira K., 2012, *La construction médiatique des transidentités : une modélisation sociale et médiaculturelle*, Thèse de Doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication, Nice.

Espineira K., Thomas M.Y, Alessandrin A., 2012, *La transyclopedie*, Paris, Ed. Des ailes sur un tracteur.

Fainzang S., 2014, Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information, *Les Tribunes de la Santé*, 2, 43, 47-52.

Giami A., 2011, Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers, *L'Information Psychiatrique*, 87, 269-277.

Giami A., 2012, Médicalisation et dépathologisation des identités trans : le poids des facteurs sociaux et économiques, *Sciences Sociales et Santé*, 3, 30, 59-69.

Giami A., Beaubatie E., Le Bail J., 2011, Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans, *Bulletin d'Épidémiologie Hebdomadaire*, 42, 433-437.

Grafeille N., 2011, Prise en charge du transsexualisme en 2010, In : Alessandrin A., ed., *La transidentité*, Paris, Harmattan, 39-51.

Greco Walter P., 2012, Stérilisation forcée, In : Espineira K., Alessandrin A., Thomas M.Y, eds, *La transyclopedie*, Paris, Ed. Des ailes sur un tracteur, 260-262.

Hage J.J, Dekker J.J, Karim R.B, Verheijen R.H, Bloemena E., 2000, Ovarian cancer in FtM transsexuel: report of two cases, *Gynecology Oncology*, 76, 413-415.

Hembree W.C., Cohen-Kettenis P., Delemarre-van de Waal H.A, Gooren L.J, Meyer III W.J., Spack N.P., Tangpricha V., Montori V.M., 2009, Endocrine treatment of transsexual persons: an endocrine society clinical practice guide-line, *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94, 9, 3132-3154.

Hérault L., 2004, Constituer des hommes et des femmes : la procédure de transsexualisation, *Terrain*, 42.

Hérault L., 2014, *La parenté transgenre*, Aix-en-Provence, PUP.

Israel G., 1997, *Transgender Care: Recommended Guidelines, Practical Information, and Personal Accounts*, Philadelphia, Temple University Press.

Jacobeit J.W, Gooreen L.J, Schulte H.M, 2009, Safety aspects of 36 months of administration of long-acting intramuscular testosterone undecanoate for treatment of female-to-male transgender individuals, *European Journal of Endocrinology*, 161, 795-798.

Knezevich E.L, Viereck L.K, Drincic A.T, 2012, Medical management of adult transsexual persons, *Pharmacotherapy*, 32-1, 54-66.

Margrita S., Goreen L., Scorilas A., Petraki C., Diamandis E., 2006, Effects of long-term androgen administration on breast tissue of FtM transsexuals, *Journal of Histochemistry and Cytochemistry*, 54, 905-910

- Meidani A., 2008, *Cancers, effets de génération et rapports sociaux de genre : les interactions soignants/soignés*, Rapport II pour l'INCa.
- Meidani A., Legrand E., Jacques B., 2015, *La santé : du public à l'intime*, Paris, EHESP.
- Meriggiola M.C, Berra M., 2012, Long-term cross-sex hormone treatment is safe in transsexual subjects, *Asian Journal of Andrology*, 14, 813–814.
- Meyer W.J., Webb A., Stuart C.A., Finkestein J.W., Lawrence B., Walker PA., 1986, Physical and hormonal evaluation of transsexual patients. A longi-tudinal study, *Archives of Sexual Behavior*, 15, 121-138.
- Mueller A., Gooren L., 2008, Hormone-related tumors in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones, *European Journal of Endocrinology*, 159, 197-202.
- Namaste V., 2000, *Invisible lives*, University of Chicago Press.
- Pattison S.T, McLaren B.R, 2013, Triple negative breast cancer in a MtF transsexual, *International Medicine Journal*, 43, 203-205.
- Pritchard T.J, Pankowsky D.A, Crowe J.P, 1988, Breast cancer in MtF transsexual, *JAMA*, 259, 2278-2280.
- Rabinow P., Rose N., 2006, Biopower today, *Biosocieties*, 1, 2, 195-217.
- Sanabria E., 2013, Hormones et reconfiguration des identités sexuelles au Brésil, *Clio*, 1, 37, 85-104.
- Schweyer F.x., 2014, Le soin négocié, la participation des usagers et l'action publique, In : Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F., eds, *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, PUR, 27-40.
- Shao T., Grossbard M.L., Klein P., 2011, Breast cancer in female-to-male transsexuals: two cases with a review of physiology and management, *Clinical Breast Cancer*, 11, 6, 417-419.
- Spade D., 2011, *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law*, New York, South End Press.
- Sulser T., 2005, Does the prostate really need androgens to grow? Transurethral resection of the prostate in a male-to-female transsexual 25 years after sex-changing operation, *International Journal of Urology*, 75, 288-290.



Walters J., 2012, Stérilisation forcée, In : Espineira K., Thomas M.Y, Alessandrin A., eds, *La transyclopédie*, Paris, Ed. Des ailes sur un tracteur, 260-262.

Ziggar H., Dahan M., 2011, *Evaluation de la prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme*, rapport de l'IGAS.

### ***ABSTRACT***

Based on thirty interviews with the trans people and professionals involved in its transition path and fifty hours of observations of the care situations (consultations, meetings of medical teams) and militant activities of the trans people (association meetings, themed evenings, conferences), this article proposes to examine the link between “cancer” and “transidentities”. Following a review of the literature, we show that, as far as trans people are concerned, health questions beyond those associated with transitioning, such as cancer are often eclipsed, because gender modification approached almost exclusively from a psychiatric perspective. As a consequence, the question of cancer among trans populations is not dealt with, despite the fact that social and medical data call for vigilance.

### ***RESUMEN***

A partir de una treintena de entrevistas de la población transexual y de profesionales involucrados en su proceso de transición, y de más de cincuenta horas de observaciones de las situaciones de cuidados (consultas, reuniones de equipos médicos) y de actividades militantes de las mismas personas transexuales (reuniones asociativas, noches temáticas, conferencias), este artículo propone interrogarse acerca del vínculo entre « cáncer » y « transidentidad ». Con el fin de desplegar esta reflexión, volvemos sobre nuestros objetivos e hipótesis de investigación, presentamos nuestro método y esbozamos nuestros primeros resultados. Tras una revisión de la literatura sobre el tema, destacamos que en lo que respecta a los transexuales, las cuestiones de salud en general y de cáncer en particular son generalmente acalladas debido a una traducción psiquiátrica de las trayectorias de género. En este sentido, la cuestión del cáncer desaparece a pesar de que las constataciones sociales y médicas acerca de las transidentidades llaman a hacer hincapié en esta cuestión.