

De la clinique du transsexualisme à la clinique du VIH : la catégorisation des sexualités transmasculines au prisme des expériences vécues

Paul Rivest, Clark Pignedoli

DANS SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ 2025/2 Vol. 43 , PAGES 15 À 43
ÉDITIONS JLE

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/sss.2025.0296

Date de mise en ligne : 10/12/2025

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2025-2-page-15?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

De la clinique du transsexualisme à la clinique du VIH : la catégorisation des sexualités transmasculines au prisme des expériences vécues

Paul Rivest*, Clark Pignedoli**

Résumé. La clinique du transsexualisme a catégorisé les personnes transmasculines (PTM) comme hétérosexuelles. Cette vision a été adoptée dans le cadre de la lutte contre le VIH, influençant la manière de considérer les PTM en matière de prévention. Dans ce contexte, notre article interroge comment ces catégorisations ont affecté les parcours sexuels des PTM, leur accueil dans les services de prévention du VIH, et comment les mobilisations en santé communautaire ont œuvré à combler les lacunes induites. À partir d'une analyse thématique de 13 entretiens et de la littérature communautaire en santé, nous montrons, à rebours de la conception médicale dominante, l'existence d'une pluralité des parcours. Premièrement, pour les individus ayant vécu une hétérosexualité pré-transition, leur orientation sexuelle complique la reconnaissance de soi comme étant trans et nécessite un travail de traduction des représentations médicales de la sexualité. Deuxièmement, nous mettons en évidence la persistance d'une conception cisnormative, voire d'un effacement des PTM dans la clinique du VIH qui est à l'origine de discriminations,

* Anthropologue, Institut d'ethnologie et d'anthropologie sociale (IDEAS), Aix-Marseille Université ; paulrivest22@gmail.com

** Sociologue, Université d'Aix-Marseille, SESSTIM-SanteRCom, Faculté de médecine, 27 boulevard Jean Moulin, 13385, Marseille, Cedex 5, France ; clark.pignedoli@gmail.com

d'un sentiment d'illégitimité dans l'accès à la prévention et d'un éloignement des PTM de celle-ci. Enfin, nous montrons que les communautés trans créent des outils de prévention alternatifs qui prennent en compte la diversité des anatomies et de leurs pratiques, mais qu'une forme de « maximisation de la protection » y est présentée et n'est pas considérée comme applicable à leurs pratiques concrètes par une partie de la communauté transmasculine.

***Mots-clés :** personnes transmasculines, sexualités, VIH, catégorisation, discriminations, cishétéronormativité.*

Introduction : de la clinique du transsexualisme au paradigme cis(hétéro)normatif

Les manières actuelles de penser et de catégoriser les transidentités¹ en milieu de soins sont influencées par l'héritage d'un « continuum de médicalisation » qui perdure depuis plus d'un siècle, dans lequel la non-normativité de genre est souvent abordée à travers le prisme des sexualités qui s'écartent de la norme hétérosexuelle. À la fin du XIX^e siècle, au sein de disciplines médicales naissantes, les personnes adoptant des marqueurs de genre différents de ceux attendus par rapport à leur sexuation étaient classifiées à partir du modèle dualiste de l'homosexualité comme inversion, où l'« inversé » était alors pensé comme un homme homosexuel ayant une âme féminine dans un corps masculin (Weeks, 2019 [2016]). Cette discordance entre l'âme et le corps permettait à l'époque d'expliquer les sexualités non reproductives.

Dans la seconde moitié du XX^e siècle, la « clinique du transsexualisme » se forge aux États-Unis et en Europe occidentale. Avec ce terme nous faisons référence aux dispositifs de prise en charge clinique des personnes trans sur la base de protocoles ancrés dans une approche diagnostique et pathologisante de la transidentité (Ekins, 2005). À partir des observations de premières cohortes de patient-es demandant l'accès à des soins de transition, les cliniciens ont façonné la catégorie médicale de la « transsexualité » (Benjamin, 1954) par la distinction entre les « pathologies du genre » (transsexualisme) et les « patholo-

(1) Le terme « transidentité » est ici utilisé en référence aux expériences des personnes dont les identités de genre ne correspondent pas à l'assignation au sexe de naissance.

gies de la sexualité » (homosexualité, transvestissement²). Bien que les professionnels de la santé aient exprimé cette volonté de différencier la transidentité de l'homosexualité sur le plan nosologique³, ils considéraient néanmoins le désir homosexuel comme l'une des « causes » ou l'un des facteurs déterminants du désir de vivre dans un genre différent de celui assigné à la naissance. Le sexologue Harry Benjamin, par exemple, affirmait en 1954 qu'avant la transition médicale, « les inclinations homosexuelles existent *toujours* [notre emphase] » chez ceux qu'il désignait alors comme des « transsexualistes (notre traduction) » (Benjamin, 1954 : 221). Selon cette lecture, le désir (homo)sexuel contribuerait, entre autres, à déterminer le genre d'un individu. Dans ce contexte, les changements physiques produits par les transitions médicales avaient alors pour fonction sociale de corriger les sexualités non normatives et de rétablir la normalité du désir en le replaçant au sein de la structure hétérosexuelle (Ekins, 2005 ; Schilt et Westbrook, 2009 ; Skidmore, 2011). Autrement dit, la clinique du transsexualisme faisait de la transition un « processus d'hétéronormalisation », c'est-à-dire une démarche aspirant à normaliser les corporalités et les identités trans à travers leur incorporation dans la norme hétérosexuelle.

L'hétéronormativité définit un mode d'organisation de la société et des expériences collectives et individuelles selon une perspective hétérosexuelle qu'elle impose et fait respecter de manière telle qu'elle aurait force de loi. De fait, elle relègue à l'anormalité d'autres formes de désir, modèles affectifs/intimes et structures sociales, les amenant à être ostracisés, violemment réprimés ou assignés à la subalternité. Concrètement, l'hétéronormativité ne sanctionne pas seulement le fait de ne pas avoir une orientation hétérosexuelle, elle réprime également la manière dont cette non-conformité se manifeste et est lue sur les corps (Bey, 2021). En ce sens, elle possède une composante cisnormative (Pignedoli, 2021) car elle organise la société en élevant les corps cisgenres (non trans), dyadiques (non intersexes⁴) et hétérosexuels

(2) Le transvestisme est une catégorie psychiatrique classée dans le domaine des paraphilies. Il désigne le fait de ressentir une excitation sexuelle liée au port des vêtements traditionnellement associés au sexe opposé (APA, 2015).

(3) La nosologie est la branche de la médecine qui s'occupe du classement des différentes maladies.

(4) Les personnes intersexes naissent avec des caractéristiques sexuées qui ne correspondent pas aux profils de sexe masculin et féminin établis par la médecine. L'intersexuation peut se situer au niveau génital, hormonal, chromosomique ou gonadique.

blancs⁵ au rang de norme. L'hétéronormativité fabrique donc une cohérence particulière entre corporalité, sexe assigné, genre et désir, se cristallisant dans un modèle binaire féminin-masculin qui devient hétéro-cis-normatif.

Dans les années 1960 et 1970, au sein de la clinique du transsexualisme, les cliniciens utilisaient l'orientation sexuelle et la conformité aux normes de genre hétérosexuelles comme critères diagnostiques pour évaluer le désir de transition vers « le sexe opposé » et autoriser l'accès à la transition. Seules les personnes qui étaient en mesure de démontrer leur désir de vivre comme hétérosexuel·les après leur transition en adoptant des expressions de genre et des rôles sociaux conformes à l'hétérosexualité étaient considérées comme de « bonnes candidates » (Ekins, 2005 ; Skidmore, 2011). À cette époque, les hommes et les femmes trans⁶ n'étaient pas considérés de manière équivalente en termes d'identité sociale par la médecine. Dans le groupe des femmes trans, les cliniciens dégageaient deux trajectoires. L'une concernait des patientes plutôt jeunes qui vivaient leur sexualité avec des hommes. En transitionnant, elles se réalignaient dans une position d'hétérosexualité féminine. L'autre concernait des patientes plus âgées, ayant souvent été mariées avec des femmes cisgenres et qui seraient « autogynéphiles » (Blanchard, 1989), c'est-à-dire sexuellement attirées par le fait d'être soi-même une femme. Selon ces soignants, ce double parcours n'avait pas d'équivalent chez l'« autre sexe ». Bien que les personnes aspirant à vivre une transition vers une identité et une corporalité masculine aient été particulièrement sous-représentées ou absentes des premières études cliniques sur la transidentité (Rowniak et Chesla, 2013), pour les sciences médicales, toutes sauf très rares exceptions seraient fondamentalement attirées par les femmes tout au long de leur vie. C'est ce que l'on retrouve par exemple dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5)⁷, où elles

(5) Les approches post-coloniales ont montré que l'hétéronormativité était intriquée à la dimension raciale.

(6) Les catégories utilisées par les différents auteurs de la clinique du transsexualisme sont multiples et variées. En raison de la confusion qu'elles peuvent entraîner, à des fins de clarté, nous avons fait le choix de désigner les deux trajectoires de genre auxquels font référence l'ensemble des auteurs de cette période avec les catégories actuelles de femme trans – une personne assignée au sexe masculin à la naissance et qui s'identifie en tant que femme – et d'homme trans – une personne assignée au sexe féminin à la naissance et qui s'identifie en tant qu'homme.

(7) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*: utilisé comme ouvrage de référence en psychiatrie, ce manuel répertorie et classifie les maladies mentales.

sont décrites comme passant d'une identité sexuelle lesbienne à hétérosexuelle au cours de leur transition (APA, 2015). Au prisme de cette interprétation, le désir sexuel de ces personnes resterait donc paradoxalement immuable, stable, bien qu'il soit réorganisé socialement en fonction de leur changement de genre. Ainsi, la clinique du transsexualisme se caractérise non seulement par une hétéronormalisation des trajectoires sexuelles, mais également par une essentialisation et une réification des personnes qui les traversent (Skidmore, 2011). Classer les personnes en tant que « transsexuelles » sous-entendait l'adoption d'un prisme de lecture qui influençait la manière dont celles-ci étaient perçues et examinées en contexte de soin.

Les catégories médicales reflètent des constructions historiques et sociales (Bowker et Star, 1999). Dans cet article, l'expression « catégories médicales » désigne des systèmes de classification, qui opèrent à deux niveaux : d'abord comme catégories nosographiques produites par la discipline, notamment dans le DSM, ensuite comme cadres perceptifs utilisés par les soignant·es dans leur rapport aux patient·es. Ces deux niveaux ne sont pas indépendants : les usages cliniques participent à redéfinir les catégories disciplinaires, tout autant que ces dernières orientent les pratiques et les perceptions des soignant·es. Elles sont donc susceptibles d'évoluer, notamment par le biais de nouveaux diagnostics. Dans le cas du transsexualisme, cette catégorie a été reformulée au fil des éditions du DSM au profit de la « dysphorie de genre ». En 2013⁸, le DSM-5 succède au DSM-IV-TR. On y trouve un changement majeur : la « dysphorie de genre » a remplacé le « trouble de l'identité de genre ». C'est alors la souffrance liée à une incongruence de genre, et non l'incongruence en elle-même qui y est désignée comme pathologique. Alors que le DSM-IV-TR catégorisait l'identification au genre opposé à celui lié au sexe de naissance comme maladie mentale (APA, 2005), le DSM-5 déplace le caractère psychopathologique de l'identification à la détresse qui lui est associée (APA, 2015). Cela permet de justifier la place des transidentités dans le manuel, ce qui conduit souvent à conditionner l'accès aux traitements de transition à ce diagnostic psychiatrique.

Des modifications lexicales sont survenues pendant les années 1990 et 2000 afin de refléter le mouvement pour la dépathologisation des transidentités porté par le militantisme trans⁹ qui reste

(8) 2015 pour sa traduction française.

(9) En 2004, la marche de l'Existrans (un événement pour les droits des personnes trans et intersexes) met au centre la question de la dépathologisation des transidentités comme en témoigne le mot d'ordre choisi par les organisateur·ices : « psychiatisation des trans = transphobie ».

aujourd'hui d'actualité (Suess *et al.*, 2014). Les catégories utilisées pour nommer les personnes qui aspiraient à vivre ou vivaient ces parcours de transition ont évolué : là où Benjamin parlait de transsexuels ou de transsexualistes, l'appellation « personnes trans » est aujourd'hui privilégiée. Les personnes trans assignées au sexe féminin à la naissance et transitionnant vers la masculinité sont désignées comme des « personnes transmasculines¹⁰ » (PTM), entre autres.

Le milieu du VIH a également puisé dans ces manières de représenter les transidentités au prisme de leurs sexualités. Pour lutter contre la transmission du virus, il s'appuie sur des données épidémiologiques et de santé publique permettant le ciblage de certains groupes au sein de la population. Pendant les années 1980, la catégorie « hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes » (HSH) est apparue au sein de la recherche sur le VIH/Sida pour regrouper en une catégorie tous les hommes engagés dans ces pratiques, au-delà de leurs orientations sexuelles et identifications. L'objectif était alors de cibler ces hommes particulièrement touchés par l'épidémie. Depuis, les femmes trans – ou personnes transféminines – sont souvent classifiées comme HSH en raison d'un amalgame fait entre corporalité et orientation sexuelle qui prime sur leur identité de genre (Sevelius *et al.*, 2016). Ce faisant, le milieu du VIH a réappliqué le modèle de « l'inversion » pour faire sens à la transféminité. Au contraire, les PTM sont dans la quasi-totalité des cas exclues des HSH, car cette catégorie a été modelée sur les corps et les expériences des hommes cisgenres, c'est-à-dire non trans (Pignedoli et Rivest, 2024). Cet « impensé » est renforcé par la croyance toujours actuelle que les hommes trans seraient hétérosexuels après avoir transitionné médicalement et ne sont donc pas à risque d'infection (Hereth *et al.*, 2020). Jusqu'à très récemment, les PTM étaient donc considérées comme à faible risque d'exposition au VIH par voie sexuelle. Ces idées préconçues relayées par les professionnel·les de santé et les chercheur·euses ont empêché, entre autres, le développement de données significatives et des pratiques de prévention adaptées à cette population. Pourtant, dans les dernières années, différentes enquêtes ont montré que la majorité des hommes trans s'identifient comme gays, bisexuels ou par d'autres catégories non hétérosexuelles, et que beaucoup d'entre eux ont des relations sexuelles et affectives avec d'autres HSH, des hommes cisgenres gays et bisexuels (Scheim et Travers, 2017). Utiles à l'estimation du risque VIH, une pluralité de pratiques sexuelles et de configurations relationnelles ont

(10) Inversement, celles assignées au sexe masculin à la naissance et transitionnant vers la féminité peuvent être désignées comme « personnes transféminines ».

pu être documentées, dont des pratiques de pénétration réceptive sans préservatif avec de multiples partenaires masculins cisgenres (Pletta *et al.*, 2020). Les études montrent que les PTM sont donc à risque de contracter le VIH en raison de leur appartenance à des réseaux sexuels où ce virus est activement présent. Par rapport à d'autres individus de 15 ans et plus, les PTM ont sept fois plus de chances de vivre avec le VIH (Stutterheim *et al.*, 2021).

Les catégories ne sont jamais neutres et ont d'importantes implications politiques et sociales, bien qu'elles puissent souvent paraître invisibles (Bowker et Star, 1999). De la clinique du transsexualisme à la clinique du VIH, les catégories utilisées pour classer ceux qui sont aujourd'hui identifiés comme PTM, ainsi que leurs sexualités, ont significativement affecté les rapports que cette population entretenait aux soins. Alors que les PTM sont désormais incluses à la définition de la population clé des « personnes trans » (ONUSIDA, 2021), cet article propose d'interroger les interrelations actuelles entre catégorisations de genre et de sexualité à partir des expériences des PTM dans les soins de santé sexuelle/VIH. Nous proposons de déployer un argumentaire en trois temps. Premièrement, il s'agira d'analyser le rôle joué par les catégories médicales dans les sexualités des PTM et dans leurs manières d'envisager leur accès aux soins de santé sexuelle. Deuxièmement, nous nous pencherons sur les expériences concrètes vécues dans ces soins. Troisièmement, nous questionnerons les stratégies alternatives mises en place par les PTM afin de répondre aux difficultés qui auront été soulevées, ainsi que leurs limites. Enfin, nous conclurons en élargissant la réflexion sur le façonnement complexe des catégories de genre et de sexualité et sur leur articulation entre revendications identitaires et assignations par autrui.

Cette attention portée aux expériences des PTM est motivée par les caractéristiques de ce groupe, très peu étudié par la recherche en sciences sociales et en santé publique, et les difficultés spécifiques qu'il rencontre dans l'accès aux soins (Scheim et Travers, 2017 ; Rivest, 2023). Contrairement aux hommes cisgenres, les réflexions sur la santé sexuelle des PTM doivent prendre en compte les questions liées à la transition médicale et à la contraception¹¹. Les corporalités et les identités des PTM résistent parfois aux savoirs médicaux sexués

(11) Par exemple, les PTM au tout début d'un traitement hormonal par la testostérone ont été décrites comme étant plus susceptibles d'expérimenter de la pression de la part de leurs partenaires masculins cisgenres afin d'avoir des relations sexuelles sans préservatif, exposant ainsi à des risques de transmission d'IST et de grossesses non désirées (Reisner *et al.*, 2020).

et cisnormatifs qui considèrent que l'expérience cisgenre constitue la norme et que les personnes trans sont des exceptions (Bauer *et al.*, 2009). L'indépendance entre la perception genrée de l'apparence physique, la sexualité et les appellations genrées qui peuvent être utilisées ne vont pas de soi pour une majorité de soignant·es, les cursus en médecine ne faisant pas de la santé LGBT un objet d'étude (Obedin-Maliver et Makadon, 2016). Ainsi, les PTM peuvent faire l'objet de diagnostics et de traitements erronés et rencontrer de nombreuses incertitudes médicales. Il n'est donc pas rare que la pathologisation des transidentités conduise les soignant·es à interpréter tout symptôme au prisme de la transidentité de leurs patients : même en présence d'un problème de santé sans lien direct avec la transidentité, certain·es soignant·es ont tendance à l'interpréter comme une conséquence de l'identité de genre ou des traitements de transition (Wall *et al.*, 2023). Les PTM peuvent faire l'expérience de discriminations sur la base de l'identité de genre (Bauer *et al.*, 2009 ; Shires et Jaffee, 2015 ; Cosne, 2021), comme la transphobie, c'est-à-dire les préjugés et l'hostilité envers les personnes perçues comme trans ou non conformes aux normes cisgenres (Baril, 2013). Le cas des PTM s'avère donc particulièrement heuristique pour éclaircir les différentes normativités constitutives des savoirs médicaux tout en contribuant à la diffusion des nouvelles connaissances sur les sexualités trans/masculines.

Méthodologie

Cet article se base sur l'analyse thématique de 13 entretiens semi-directifs réalisés auprès de PTM dans le cadre de deux recherches conduites entre 2019 et 2023 et sur l'analyse de brochures communautaires sur la santé sexuelle des PTM. Il s'agit donc de discours portés par des PTM au sujet de leurs sexualités et des soins de santé. Ces discours permettent de rendre compte de la manière dont les individus, à la fois objets des catégorisations médicales et acteurs de leur (re)catégorisation, vivent les différents rapports aux soins et aux catégories.

La première est une enquête ethnographique menée dans le cadre d'une thèse en anthropologie portant sur les sexualités des PTM en France¹². Dans le cadre de cette recherche, des entretiens ont été conduits avec des PTM, certain·es de leurs partenaires, des acteurs associatifs et des soignant·es reconnu·es dans l'accueil des PTM. Seuls

(12) Cette thèse a bénéficié d'une allocation de recherche doctorale de l'ANRS-MIE, ainsi que d'un financement jeunes chercheurs de Sidaction.

quelques entretiens menés avec des PTM ont été retenus pour cet article. Ils ont été sélectionnés pour leur pertinence avec le sujet traité. Dans le cadre de l'enquête ethnographique, des brochures de prévention ont également été récoltées et analysées.

La seconde est la recherche-action « Personnes trans et PrEP¹³ ». L'objectif de l'étude était d'examiner le recours et le non-recours à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) – un traitement de prévention du VIH destiné aux personnes séronégatives qui sont considérées comme particulièrement exposées au VIH, notamment les HSH et les personnes trans ayant des partenaires multiples – parmi les communautés trans, les obstacles et les leviers d'accès au traitement, entre autres. Seuls les entretiens avec des PTM ont été retenus pour cet article. Ces participants ont été recrutés par le biais d'une vidéo diffusée sur les réseaux sociaux.

Notre article est le fruit d'un travail collaboratif ancré dans les épistémologies trans/féministes du point de vue situé (Espineira, 2024). Notre proximité avec nos terrains de recherche est assumée et mise à profit par une approche critique et réflexive (Clair, 2022). Nous adoptons une posture critique de la santé publique (Fillol *et al.*, 2023) et mobilisons un cadre conceptuel issu des sciences sociales, particulièrement des études trans et queer. Le rapprochement de nos deux recherches se justifie par la proximité de nos terrains (menés au prisme du VIH auprès de personnes trans), l'exclusion sociale et scientifique du groupe social étudié (les PTM) et la marginalité des questions de sexualité dans les études qui ont été conduites au sein de ce groupe. Les transcriptions anonymisées de nos entretiens respectifs ont été regroupées afin d'identifier les thèmes communs liés à notre question de recherche. Les thèmes principaux ont été notés dans un document séparé et les extraits d'entretiens correspondants y ont été ajoutés, ainsi que les éléments issus de la littérature communautaire en santé provenant de l'ethnographie. Ensuite, nous avons procédé à une notation

(13) « Personnes trans et PrEP » (T&PrEP) a été lancée en 2017, un an après la mise sur le marché de la PrEP, par Sidaction, le financeur principal de l'étude. T&PrEP a été menée en partenariat entre Sidaction, l'Institut national d'études démographiques (Ined), les associations Pastt et Acceptess-T, le Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic de l'hôpital Fernand-Widal et le Service des maladies infectieuses de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard. Clark Pignedoli a travaillé en tant que sociologue dans le volet sciences sociales sous l'encadrement de Mathieu Trachman, sociologue et directeur de recherche à l'UR4 de l'Ined. T&PrEP a été coordonné par Sidaction et un comité de pilotage constitué de professionnel·les de santé et associatifs et de chercheur·euses en sciences sociales.

analytique des extraits qui a orienté le travail d'écriture et de mise en dialogue des résultats de recherche avec la littérature. Les participants ayant été retenus ont entre 21 et 50 ans [Moyenne = 31]. Tous sont de nationalité française et presque tous sont des personnes blanches. La moitié avait fait des études universitaires.

Les catégories médicales à l'épreuve des corps et des sexualités des PTM

Un parcours unique ? Des trajectoires qui concordent, d'autres qui contrastent

À l'encontre de la représentation médicale d'un parcours unique de transition chez les PTM ayant fait autorité pendant de nombreuses années, nos recherches ont permis de mettre en lumière une pluralité de trajectoires. Au moment où ils ont commencé à envisager une transition, environ la moitié des participants rapportaient des engagements sexuels¹⁴ vécus avec des femmes, des personnes trans et/ou non binaires, ou bien mentionnaient n'avoir eu des pratiques sexuelles avec des partenaires qu'après avoir commencé à affirmer leur identité trans-masculine. L'autre moitié faisait état d'expériences passées uniquement vécues avec des hommes en tant que femmes hétérosexuelles.

Dans les premiers parcours, la fréquente proximité entretenue avec les milieux LGBT+ relatée par les participants ayant eu des parcours non hétérosexuels avant leur transition facilite la reconnaissance de soi en tant que personne trans. En étant associés aux « homosexualités féminines », certains ont ainsi vécu une partie de leur vie au sein de milieux fréquentés par plusieurs personnes LGBT+, ce qui a pu les conduire à côtoyer des personnes trans. Julien, 38 ans, raconte avoir commencé à entrevoir sa propre possibilité de transitionner alors qu'il fréquentait un milieu majoritairement composé de « gouines féministes¹⁵ » : « *Au sein du squat où j'habitais, il y a des personnes qui ont transitionné. Et puis j'ai rencontré des personnes trans.* » Lorsqu'ils sollicitent des soins de transition, leur sexualité apparaît alors en adéquation avec les représentations médicales, ce qui concourt à légitimer leurs demandes de soins. Ainsi, lorsqu'Evan, 35 ans, a entamé un parcours de transition au sein d'une équipe hospitalière, sa relation de couple avec une femme paraît avoir pesé dans l'accès aux soins dont il a bénéficié. Bien qu'il nuance son

(14) Au-delà des seuls actes ou relations, nous parlons ici d'« engagements sexuels » afin de désigner l'implication du sujet dans la sexualité.

(15) Les catégories utilisées sont celles ayant été mobilisées par les enquêtées.

propos en expliquant ne pas être en mesure de savoir en quoi le sexe de sa partenaire de l'époque – une femme cisgenre hétérosexuelle – a pu appuyer sa légitimité auprès de l'équipe soignante, il affirme clairement : « *[Pour] mon chirurgien, c'était hyper important que je sois en couple.* » Malgré cela, aucun enquêté ayant une sexualité avec des femmes avant de transitionner n'a considéré la transition comme un processus d'hétéronormalisation (Ekins, 2005).

Dans les seconds parcours, le décalage entre les catégorisations médicales – qui décrivent l'absence des sexualités hétérosexuelles pré-transition – et les expériences vécues avant la transition conduit très fréquemment à des difficultés d'identification chez les participants. Au moment où surgit le désir de transitionner, l'hétérosexualité vécue en tant que femme peut apparaître comme une incohérence. En effet, le présupposé d'une sexualité pré-transition, soit absente, soit vécue avec des femmes, a pendant longtemps mené à refuser l'accès aux parcours de transitions à ceux qui n'y correspondaient pas. Le milieu médical n'est pourtant pas l'unique endroit où circule ce présupposé dont certains enquêtés dénoncent l'existence au sein même des milieux militants. Lorsqu'Hally, 27 ans, commence à remettre en question son identité de genre, il découvre les milieux féministes et militants. Il y rencontre alors des PTM dont les parcours relationnels diffèrent significativement du sien : « *Dans la communauté trans masc, la grande majorité ont été lesbiennes, ou gouines, ou whatever comment ils s'appellent. Et en fait, moi ce n'est pas mon cas.* » Cette invisibilité des parcours hétérosexuels pré-transition l'amène alors à consulter la littérature sur les transidentités en sciences sociales qui dépeint un portrait similaire. Il se montre alors agacé : « *Je ne comprends pas comment je peux trouver une place et me reconstruire. Parce que moi je me suis vraiment plutôt construit sur ces enjeux-là en tant que meuf cis... het[hétérosexuelle], ou meuf cis bi. Et pas du tout comme gouine.* » Or, si certains portent un regard critique sur cette absence de représentation, d'autres sont amenés à penser une identité trans comme incompatible avec leur histoire affective et sexuelle.

Plus qu'un simple élément biographique, le fait d'avoir ou non vécu des implications affectives et sexuelles au sein de la structure hétérocisnormative affecte significativement les manières d'envisager ou non les possibilités de transition et le sentiment de légitimité associé. Néanmoins, l'héritage de la clinique du transsexualisme s'arrête souvent ici. Les expériences qui succèdent à la transition s'en éloignent de manière marquée : qu'ils aient vécu l'un ou l'autre de ces parcours, la majorité des participants affirmait fermement se distancier de l'hétérosexualité post-transition.

Un effort de traduction

À côté de la question de l'hétéronormativité comme cadre structurant les parcours de transition dans la clinique du transsexualisme, c'est avant tout celle de la cisnormativité qui est apparue cadrer les interactions avec les soignant-es. En cela, la fréquente inadaptation de ces différentes catégories de classification du genre et de la sexualité utilisées dans le monde médical aux manières dont les PTM conçoivent leurs identités et sexualités n'est pas seulement une question d'identification, elle est interreliée à des enjeux d'accès aux soins. Les biais cisnormatifs des catégories médicales peuvent entraîner un décalage entre ce qu'elles visent à décrire et la manière dont elles sont formulées. En ce qui concerne les soins de santé sexuelle, interpréter ces catégories cisnormatives au prisme de ses expériences trans nécessite des capacités d'interprétation spécifiques. À ce sujet, Hally parle d'un effort de traduction et revient sur des consultations de dépistages réalisées en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) :

Des fois c'est chiant parce que vraiment les gens, ils te posent des questions... Je me rappelle d'un truc, j'étais là... mais je ne sais pas quoi répondre en fait : « T'es en relation avec une meuf ? avec un mec ? » Du coup j'imagine qu'ils parlent de personnes cis... T'es obligé de tout traduire dans ta tête. Et genre, c'est épuisant.

La traduction est l'activité qui consiste à transposer un discours d'une langue à une autre tout en conservant le sens de ce qui est exprimé. Or, celle à laquelle Hally fait référence ne relève pas d'un passage du français vers une autre langue. Elle prend comme point de départ une interrogation ancrée dans des représentations cisnormatives qui sous-entendent que le sexe assigné à la naissance et le genre sont des équivalents. Puis, ces représentations ne permettant pas de saisir ses expériences, elle procède à transposer cette interrogation afin qu'elle soit intelligible dans un cadre non cisgenre. Pour cela, Hally doit d'abord interpréter le sens de la question posée au regard du contexte dans lequel elle l'est. Lorsqu'on le questionne sur le genre du/de la partenaire avec qui il est en couple¹⁶, Hally cherche à interpréter ce sur quoi on l'interroge exactement. En effet, malgré la manière dont est formulée la question, celle-ci ne vise pas véritablement à identifier si ses partenaires sont des hommes ou des femmes, mais à connaître son exposition aux éventuelles infections sexuellement transmissibles,

(16) Cette question présuppose également qu'il a un-e seul-e partenaire.

une exposition qui varie en fonction des corporalités/génitalités des partenaires impliqués et des actes pratiqués. Lorsqu'il répond, Hally ne fait pas que dire si ses partenaires sont des hommes ou des femmes, mais il interprète le sens qui se trouve derrière la question, l'applique à la corporalité de ses partenaires actuels pour la retraduire ensuite dans le langage avec lequel elle lui a été formulée. Plus qu'un langage, il s'agit donc de traduire un univers conceptuel, qui apparaît souvent de manière beaucoup moins évidente. Pour pouvoir traduire ces énoncés cisnormatifs, il faut d'abord être en mesure de les identifier.

Un sentiment d'illégitimité à accéder aux soins

Si les catégorisations peuvent être interprétées, traduites et questionnées, leur usage massif en fait des outils de normalisation qui conduisent à effacer (Namaste, 2000) et à affecter les sexualités de ceux qui ne correspondent pas à ces normes. En matière de santé sexuelle, la cisnormativité des catégories médicales peut ainsi conduire les PTM à ne pas se sentir légitimes à solliciter certains soins, par exemple ceux qui sont destinés aux populations HSH (Pignedoli et Rivest, 2024). C'est ce qui se retrouve dans le récit de Maurice, 36 ans, lorsqu'il discute des réticences qu'il a eues à consulter pour la PrEP. Malgré ses pratiques sexuelles correspondant à celles pour lesquelles l'outil est préconisé, le fait que la PrEP soit conçue comme destinée aux HSH lui fait craindre qu'on lui en refuse l'accès : « *J'imaginai que [l'infectiologue] allait me dire, je ne sais pas : "Vous n'êtes pas un vrai pédé ! Vous n'avez pas besoin de la PrEP." [...] En fait non, il était plutôt à me dire : "Oui oui, venez."* » Les catégorisations médicales des différents groupes à risque ont influencé les manières qu'ont les PTM d'envisager le risque VIH, mais elles affectent aussi leurs manières de concevoir leur accès aux outils de prévention associés.

Les catégorisations des parcours sexuels transmasculins décrits dans la littérature médicale ne correspondent donc qu'en partie aux vécus des PTM. Cela n'est pas sans conséquence pour les personnes dont les parcours s'écartent de ceux documentés. L'invisibilisation des parcours hétérosexuels pré-transition a également été relevée au sein de certains milieux militants fréquentés par les PTM. Ensemble, ces catégorisations et cette invisibilisation concourent à produire un sentiment d'illégitimité accentué chez ceux qui sont concernés. Autrement dit, si des catégories empêchent certains désirs d'être validés (Valentine, 2003), nos enquêtes montrent qu'elles peuvent également empêcher ou complexifier l'auto-identification, mais amènent également à internaliser une forme d'illégitimité liée à l'incohérence entre les manières dont chacun se vit et ce que les catégories visent à désigner.

Des discriminations vécues dans les soins à la crainte de leur résurgence

L'effacement des transmasculinités et de leurs sexualités

Les catégories traduisent les mondes sociaux et les cadres interprétatifs au sein desquels les locuteurs se situent. Les difficultés de communication rapportées par les PTM dans leurs échanges avec les soignant·es illustrent à quel point la cisnormativité façonne la manière dont la médecine perçoit et interprète les corps et les identités. Le regard cisnormatif de la médecine se manifeste par une pluralité d'expériences d'effacement, par la contrainte à intégrer une grammaire cisnormative ne permettant pas aux PTM de communiquer de manière adéquate sur leurs réalités, et par des propos pouvant être considérés offensants.

À la suite du diagnostic de sa séropositivité, Thelo, 20 ans, s'est rendu à sa première consultation en infectiologie. Il revient sur un échange compliqué où il a dû expliquer au médecin ce qu'était un parcours de transition pour qu'il puisse faire du sens de son existence : « *J'en ai vraiment chié. [...] il ne comprenait juste pas qu'on puisse être un mec, tout en ayant des organes génitaux féminins. [...] Il me disait : "Mais du coup vous êtes une femme", [...] il n'arrivait pas à comprendre la notion de personne trans.* » Le cas de Thelo pourrait être considéré comme un exemple extrême, voire caricatural, d'effacement de la transmasculinité. Cependant, ces lacunes de la part des professionnel·les de la santé engagés dans la prévention du VIH sont récurrentes, plusieurs participants ayant signalé des épisodes similaires. La méconnaissance des corporalités, des sexualités transmasculines et de leurs partenaires s'exprime également par des questions perçues comme intrusives et non justifiées médicalement par les participants :

Un infirmier devait réaliser une injection pour une IST. [...] Il m'a demandé si j'étais opéré. Et là, je l'ai regardé genre : « Pardon ? » et enfin, j'ai mal réagi, enfin direct, tu vois, en disant : « Mais pourquoi vous me demandez ça ? » et il voulait savoir par rapport aux modes de prise [de la PrEP], par rapport aux pratiques¹⁷. [...] Le fait que

(17) La PrEP orale a deux schémas de prise : en continu (un comprimé tous les jours) ou en discontinu (une utilisation « à la demande », liée à l'anticipation d'une activité sexuelle de quelques heures). La PrEP en discontinu est déconseillée aux PTM ayant des rapports sexuels pénétratifs pénéo-vaginaux.

les gens associent l'anatomie aux pratiques, c'est un problème parce que pour moi ils devraient juste parler des pratiques, et ça éviterait ce genre de choses quoi (entretien avec Laurent, 33 ans).

Cette manière d'interroger les pratiques à travers la corporalité relève d'une grammaire cisnormative qui est non seulement perçue comme inadéquate à saisir les pratiques réelles – c'est l'effort de traduction dont parlait Hally – mais aussi comme déplacée. En effet, si l'infirmier peut penser interroger les pratiques à travers le corps, c'est-à-dire en associant la présence d'un vagin et d'une vulve à la pratique de pénétrations réceptives, cette question apparaît à Laurent comme désobligeante. D'autres participants signalent avoir été la cible de propos encore plus offensants, comme Maxime, 21 ans : « *Me demander si ça ne dégoûte pas les mecs que j'aie une chatte, ce n'est pas un truc qu'on devrait demander dans un suivi PrEP, quoi. Ouais, ça m'est arrivé ça, même en psychiatrie. [...]* Il y a des questions qui sont déplacées, qui n'ont rien à voir avec le suivi. »

Dans le témoignage de Maxime, la question du médecin, outre le fait qu'elle ne soit pas nécessaire au suivi PrEP, semble être posée rhétoriquement pour exposer une croyance préalable du soignant et son étonnement face à la possibilité qu'elle soit réfutée. La question apparaît ainsi exposer en creux l'imaginaire cisnormatif du professionnel de santé qui ne comprend pas la possibilité que des hommes cisgenres qui ont des relations avec d'autres hommes soient attirés par la corporéité (ou plutôt la génitalité) des PTM qui ont une vulve. Cet extrait témoigne ainsi de la nature cisnormative des catégories qui maintient une vision des PTM comme des sujets impossibles à désirer par d'autres hommes (sous-entendus cisgenres) (Pignedoli et Rivest, 2024). En retour, ce biais façonne les représentations qu'ont les PTM des services de santé sexuelle comme peu accueillants, voire souvent discriminants envers elles et leur communauté (Bauer *et al.*, 2013).

Le refus de soins

Outre ce qui relève de la communication entre les PTM et leurs soignant-es, les catégories cisnormatives ont des implications directes sur l'accès aux soins. Cela se présente entre autres lorsqu'il s'agit d'accéder à des dispositifs de santé « genrés » ou destinés aux minorités sexuelles. Lors de la prise d'un rendez-vous par téléphone dans une clinique de gynécologie, Antoine, 30 ans, a été confronté à un refus de soin initial. En raison de sa voix masculine, sa demande n'a pas été prise au sérieux et a été écartée par la clinique. Cet épisode, qu'il qualifie de « violence », l'a poussé à renoncer au rendez-vous et à ne

plus consulter en gynécologie pendant treize ans : « *On m'a passé plusieurs personnes, et puis finalement [la secrétaire] a accepté, après une demi-heure de négociations à ce qu'on me donne un rendez-vous du bout des lèvres, mais je n'y suis pas allé parce que ça avait été trop violent au téléphone* ». Bien qu'Antoine ait un ensemble d'organes gynécologiques (vagin, ovaires, utérus, vulve, etc.), il n'a pas été considéré comme un patient légitime pour ces consultations qui se destinent à des femmes cisgenres.

Afin de répondre aux difficultés d'accès aux soins, l'offre en santé sexuelle cible prioritairement les populations identifiées comme les plus vulnérables, désignées comme « populations clés » dans le milieu du VIH. Toutefois, l'inscription des personnes trans dans ces catégories prioritaires, bien qu'elle constitue une reconnaissance institutionnelle, ne suffit pas à garantir des conditions d'accueil effectives et adaptées dans les structures de soins. Au moment de l'apparition de l'épidémie de Mpox en 2022¹⁸, une campagne de vaccination a été mise en place à destination des populations les plus touchées. Parmi celles-ci, « les HSH et les personnes trans rapportant des partenaires sexuels multiples¹⁹ » avaient été identifiés. Se reconnaissant dans cette population, Joey, 37 ans, s'est rendu dans une clinique de vaccination municipale avec Corentin, son compagnon. Or, s'ils appartiennent tous deux à la catégorie épidémiologique des « HSH », mais aussi à celles des « personnes trans rapportant des partenaires multiples », leur présence a été perçue comme inappropriée. Joey explique : « *La médecin, quand [Corentin] est rentré, elle lui a dit : "Qu'est-ce que vous foutez là ?"* » Il rapporte que la soignante s'est adressée à eux au féminin malgré le fait qu'ils se soient clairement identifiés à elle comme étant des hommes trans et que l'accueil y était hostile : « *On va se faire vacciner la deuxième injection ailleurs. Mais bon c'était quand même un peu [soupir] trash, quoi* ». L'expérience vécue par Joey à la clinique de vaccination est révélatrice des effets que les catégories ont sur l'accès aux soins de santé sexuelle.

L'arrivée des PTM dans les services de prévention du VIH remet en question les représentations des médecins concernant les catégorisations de genre et de sexe, ainsi que la logique de risque basée sur le type de rapports sexuels classés selon la génitalité et l'orientation sexuelle

(18) Maladie infectieuse principalement transmise par contact avec des lésions cutanées.

(19) Communiqué de presse de la Haute Autorité de santé (HAS), « Monkeypox : la HAS complète ses recommandations sur la vaccination », 11 octobre 2022 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3376314/fr/monkeypox-la-has-complete-ses-recommandations-sur-la-vaccination

des patients. Cette remise en question se fait au prix, pour les PTM, de l'adoption d'une posture de formateur des professionnels de santé (comme dans le cas de Thelo) ou d'une constante interprétation du sens des catégories médicales pour pouvoir s'y adapter (comme l'expliquait Hally). En ce sens, face aux corps et aux sexualités concrètes des PTM, les catégories médicales actuelles apparaissent obsolètes. Ces catégories mettent les PTM « au travail », un travail tantôt pédagogique, tantôt émotionnel, comme le soulignent les termes utilisés par les participants (« *j'en ai vraiment chié* » ; « *c'est épuisant* »).

Les suivis inadaptés

L'effacement des transmasculinités dans la prévention du VIH a été présenté par des participants comme une forme de discrimination, car il est à la source de suivis inadaptés en santé sexuelle. Selon Laurent, lors des consultations, les soignant·es partent du présupposé que tous les hommes qu'ils reçoivent sont cisgenres, c'est-à-dire d'une présomption de cissexualité : « *Ils ne pensent pas en fait qu'y a des personnes trans dans leur consultation. Ça, je trouve que c'est un problème, parce que ça fait un truc en plus qu'on doit gérer.* » En effet, l'effacement social des PTM a des retombées dans la prestation des services en santé, qui ne se limitent pas à des questions d'accès aux soins, mais également à la qualité des soins reçus. En matière de santé sexuelle, il n'est pas rare que ceux-ci se révèlent être inadéquats, comme le mentionne Maxime :

Fait tout bête, mais [les médecins] ont des ordonnances types pour les bilans IST. Ce sont des ordonnances faites pour des personnes avec un pénis, parce que le médecin a l'habitude de suivre des mecs cis gais. Moi, j'arrive au laboratoire, et ils me disent : « Mais c'est un prélèvement urinaire ? » Je fais : « Non, c'est un prélèvement vaginal. »

Le fait de ne pas adapter les formulaires et les ordonnances en santé contribue à reproduire l'effacement des PTM en les renforçant comme des patients à la fois inattendus et hors norme, non seulement d'un point de vue identitaire, mais aussi par rapport à la matérialité de leurs corps (Bauer *et al.*, 2009). Considérer par défaut que tout homme dans la patientèle est cisgenre pousse également les PTM à s'outen (divulguer sa transidentité) – un acte susceptible d'entraîner un discrédit en raison du stigmate associé (Goffman, 1975 [1963]) – pour accéder à des examens et des suivis adaptés à leurs corporalités.

L'anticipation des discriminations et le renoncement aux soins

Les participants ont conscience d'être associés à des cas de figure imprévus ou inhabituels dans les contextes de soin qui ne relèvent pas du suivi de leur transition médicale au sens strict. La crainte que les discriminations se traduisent par une mauvaise prise en charge médicale ou un refus de soin est à l'origine de l'abandon de plusieurs démarches en santé sexuelle. Luca, 23 ans, a parfois choisi de conforter la présomption de cissexualité des professionnel·les de santé en se présentant comme une femme lors des consultations, afin de faciliter son accès aux soins. Cette stratégie s'est toutefois révélée de moins en moins tenable, à mesure qu'il a souhaité affirmer sa transmasculinité dans le cadre médical. Or, cette décision lui a provoqué l'incertitude d'obtenir les soins dont il avait besoin, et notamment dans le champ de la prévention du VIH historiquement très orientée vers les HSH cisgenres. Il a donc anticipé un refus de soin pour l'obtention du traitement de la PrEP :

J'avais peur en fait de me retrouver à prendre un rendez-vous en tant que personne trans. [...] [J]'ai plus du tout envie de faire semblant d'être une femme cis. Et du coup, j'appréhende un petit peu ça parce que j'ai toujours le sexe féminin sur mes papiers. [...] avec mon corps de mec trans, enfin, j'ai peur qu'on me dise : « Non, mais ça ne sert à rien [de prendre la PrEP] », alors que moi je sais que de toute façon je prends quand même des risques, même si j'ai le corps que j'ai.

Luca parle aussi de sa capacité à évaluer sa propre prise de risques et de la crainte qu'elle soit disqualifiée par l'autorité médicale. Comme indiqué précédemment, cette même inquiétude a été partagée par Maurice. Malgré ses pratiques sexuelles correspondant à celles pour lesquelles l'outil est préconisé, le fait que le traitement soit conçu comme destiné aux HSH l'a conduit à se sentir illégitime à y accéder.

Les catégorisations médicales des différents groupes à risque ont influencé les manières qu'ont les PTM d'envisager le risque VIH, mais elles affectent aussi les manières par lesquelles elles conçoivent leur accès aux outils de prévention associés. En effet, les PTM sont impensées au sein de la catégorie HSH en raison d'un biais cisnormatif constitutif de cette catégorie et d'une présomption d'hétérosexualité qui leur est parfois encore associée post-transition (Pignedoli et Rivest, 2024). Ainsi, la catégorisation médicale des sexualités et des identités n'est pas sans effets sur les manières de se reconnaître comme étant ou non à risque.

Les réponses communautaires : traduire et proposer des alternatives

L'adaptation des discours

Au niveau associatif et/ou communautaire, des stratégies sont mises en place pour répondre non seulement aux difficultés rencontrées en matière d'accès aux soins, mais aussi aux limites observées en termes de connaissance en santé trans chez les soignant·es. La santé sexuelle constituant un domaine fortement genré, une interprétation des catégories est souvent nécessaire afin que celles-ci puissent être adaptées aux vécus et corporalités trans. Cependant, il ne s'agit pas forcément d'une tâche évidente. Pour faciliter l'accès aux informations médicales, différentes traductions de ces discours ciscentrés se retrouvent publiées dans des brochures dédiées à la prévention sexuelle élaborées et éditées par des collectifs ou des associations trans. Par exemple, la brochure « Dicklit et T Claques », éditée par les bénévoles de l'association Outrans fait la description des risques de transmission d'IST à travers les pratiques de sexualité orale et les manières de les limiter :

Se faire sucer le dicklit²⁰ quand on est un mec trans veut dire utiliser une protection appropriée [...]. Si tu as eu une chirurgie génitale comme une métaidoïoplastie ou une phalloplastie, il te faudra peut-être improviser un peu [...] capote bidouillée, digue dentaire²¹ améliorée : fais preuve d'imagination, les moyens de prévention paraissent moins évidents, mais ils existent !

En faisant usage d'un vocabulaire propre aux cultures transmasculines pour décrire les corps et les pratiques, l'association amène les lecteurs à accéder à des informations similaires à celles qui se trouvent dans la documentation destinée aux personnes cisgenres, c'est-à-dire qu'elle informe sur les éventuels risques de transmission d'infections lors de pratiques buccogénitales, mais elle le fait d'une manière lisible et cohérente avec les corporalités des PTM. Autrement dit, elle traduit et adapte le discours de prévention habituel en santé publique afin qu'il puisse être saisi par ceux qui, autrement, pourraient ne pas se sentir concernés pour des questions corporelles. C'est ce qui se retrouve dans l'explication que l'association fait de sa démarche en page 6 : « *Il fallait trouver une manière d'éviter de*

(20) Mot-valise composé de « dick » et de « clit ».

(21) La digue dentaire est un carré de latex positionné entre la bouche d'une personne et la vulve et/ou l'anus de son/sa partenaire afin de prévenir la transmission d'IST.

reproduire ce qui ne nous incluait pas dans une brochure classique de prévention, s'échapper de l'homme/bite et de la femme/chatte ». Ainsi, ces brochures utilisent une terminologie non genrée (« capotes externes », « capotes internes »).

Les sexualités concrètes : entre discours communautaires officiels et officieux

Dans le milieu trans, ces brochures font généralement autorité. Plusieurs enquêtés les brandissent en tant que référence en matière de santé sexuelle. C'est le cas d'Adam, 50 ans, qui mentionne y avoir trouvé des informations qui lui ont permis de se projeter dans une sexualité avec des hommes cisgenres. Or, au-delà de sa fonction informative, cette littérature peut également façonner les sexualités en ce qu'elle en propose une certaine vision de ce qu'elles devraient être : *safes* ou protégées. Cette manière d'aborder les sexualités est cohérente avec la fonction préventive des brochures. Une forte insistance est ainsi portée sur l'usage de barrières physiques (préservatifs, digues dentaires, etc.) en vue de prévenir les IST et les grossesses non désirées. Néanmoins, ces discours préventifs peuvent se heurter aux usages réels. Dans un deuxième entretien, Adam revient sur le contenu des brochures communautaires avec un regard plus critique. Il explique ainsi que ce qui y est présenté – la nécessité d'avoir une sexualité protégée – lui apparaît en contradiction avec les usages réels qu'il observe autour de lui : « *Il y a les brochures, mais vraisemblablement, la plupart des gens quand même... Par exemple, faire du sexe oral avec des [préservatifs], c'est non quoi. Ça fait chier tout le monde.* »

Face à ces deux visions qui circulent au sein des communautés, une officielle, figurant dans les brochures, qui prône la protection, une officieuse, chez des individus, plus souple sur la protection lors de certaines pratiques (notamment buccogénitales), l'autorité des informations inscrites dans ces brochures peut faire l'objet d'évaluations différentes. Quelques enquêtés suivent scrupuleusement les recommandations qui y sont inscrites. C'est le cas de Malo, 21 ans, qui utilise systématiquement des préservatifs et des digues dentaires lors de ses relations sexuelles. Il décrit des usages qui ne visent pas uniquement à le protéger des IST, mais aussi des éventuelles interactions qu'il pourrait avoir avec le corps médical : « *Je trouve ça délicat après d'aller chez le médecin et de dire : "Ah ben... Trouvez-moi un médicament pour ça."* » Néanmoins, la majorité d'entre eux exprimaient répondre à une gestion relationnelle des risques (Ferrand et Mounier, 1998), c'est-à-dire à laquelle prennent part les partenaires, les proches et les repré-

sentations communes de ce qui est ou non pratiqué. Autrement dit, ils considèrent les discours présents dans les brochures comme des outils à prendre avec un certain recul.

Le décalage entre les discours institutionnels et les pratiques effectives de prévention ne concerne pas exclusivement les PTM. Dès les premiers travaux sur l'usage du préservatif, diverses stratégies de protection, tant symboliques qu'imaginaires, ont été mises en évidence dans les logiques subjectives de gestion des risques dans la relation à autrui (Mendès-Leite, 1995). Toutefois, à la différence des modalités de protection adoptées par les hommes cisgenres face aux injonctions de la prévention officielle, les pratiques préventives des PTM s'inscrivent davantage dans un rapport aux discours communautaires. Ces derniers émergent en réponse à l'inadéquation des campagnes de prévention généralistes vis-à-vis de leurs expériences corporelles et identitaires – les supports destinés au grand public tenant rarement compte des réalités trans. Les logiques communautaires de prévention s'articulent ainsi non seulement autour de la réduction des risques sexuels, mais également comme des formes de protection anticipée face aux discriminations et aux violences symboliques susceptibles d'être rencontrées dans les espaces de soins. En ce sens, elles relèvent aussi de pratiques de résistance. Néanmoins, ces discours communautaires, bien qu'ils valorisent la protection comme norme, peuvent voir leur portée réduite par l'écart récurrent entre les prescriptions qu'ils formulent et les pratiques effectives au sein des groupes concernés.

Le contournement de la crainte des violences médicales par l'offre communautaire

La littérature communautaire reste nécessaire et répond à un besoin d'information et d'accessibilité des soins. Elle contourne les effets de désidentification que provoquent souvent les catégories cisnormatives sur les personnes trans. Ce rôle du communautaire est discuté par Maxime, qui s'investit dans le champ de la santé sexuelle, car, selon lui, l'État n'assume pas son rôle dans le financement de l'offre des soins de prévention et de l'éducation à la sexualité d'un point de vue inclusif : « *La communauté est obligée de faire le travail que devrait faire l'État. Et moi, je ne peux pas supporter qu'on laisse des camarades et des personnes trans comme moi dans la galère pour des questions de santé sexuelle ou de réduction de risques.* » Pour pallier les difficultés rencontrées dans l'usage des structures de soins classiques, certaines associations ont mis en place des réseaux communautaires et associatifs qui sont souvent privilégiés lorsqu'il s'agit de rechercher des informations en matière de sexualité, de santé ou de soins. Owen, 41 ans, est

bénévole dans une association trans. Lorsqu'il souhaite effectuer un dépistage, il ne fait pas appel aux structures de soins habituelles, mais explique se dépister par lui-même avec l'un de ses amis, qui est aussi bénévole dans l'association : « *Avec Eden, on s'est formé aux TROD. Et du coup on se TROD nous-mêmes. VIH, VHC, VHB. Et pour le reste... Je me dis : "Pas de symptôme, pas de problème [léger rire] !"* » S'ils limitent leur dépistage aux hépatites et au VIH, c'est principalement parce qu'ils ne disposent pas des autres outils qui leur permettraient de le faire. En prenant eux-mêmes en charge leurs dépistages, ils limitent ainsi leur présence dans les structures de soins destinées aux populations générales lorsqu'ils ont des symptômes.

En matière de prévention du VIH, l'adaptation réfléchie des catégories initialement inadaptées aux personnes trans peut contribuer à produire un sentiment d'inclusion, en rendant les discours de prévention plus en phase avec leurs réalités sociales et corporelles (Adedola *et al.*, 2024). Or, nos enquêtes ont montré que, malgré les avancées que représente la mention claire de la catégorie des personnes trans dans l'accès aux soins de cette population, celle-ci reste insuffisante à elle seule et nécessite d'être articulée à une information du personnel soignant. En effet, l'absence de formation des soignant·es en santé LBGT et la nécessité de former le personnel d'accueil (Callahan, 2015) mentionnées dans la littérature étrangère se sont également retrouvées dans les discours des PTM en France. Leurs stratégies d'accès aux soins sont similaires, notamment par le partage d'information sur la prévention entre PTM (Rich *et al.*, 2017).

Si l'organisation communautaire en matière de santé sexuelle répond aux dysfonctionnements, violences et discriminations dont les personnes trans sont victimes dans les soins (Jutant *et al.*, 2023), nos enquêtes ont toutefois montré que ces dispositifs adoptent un discours basé sur la protection (*safety*) qui, s'il est officieusement nuancé lors des échanges entre pairs, peut à lui seul être considéré inadapté aux pratiques réelles. Ainsi, tout en gardant une forte légitimité théorique, ce discours peut être mis en doute dans ses usages pratiques. Malgré cela, la proximité sociale (Gelly et Pavard, 2016) sur laquelle repose la santé communautaire rend possible l'accès aux soins et à l'information qui, pour certains, ne serait pas sollicité autrement.

Conclusion

Historiquement, la sexualité a été utilisée par les sciences médicales comme une porte d'entrée épistémologique pour interpréter et expliquer les transidentités. Si le cadre permettant de penser les

parcours de transition comme relevant d'une dynamique d'hétérosexualisation a aujourd'hui évolué, nos enquêtes montrent que les conceptions actuelles apparaissent en avoir gardé l'empreinte. En effet, les théories promues par les sciences médicales pendant plus d'un demi-siècle ont produit une série de stéréotypes et d'attentes concernant les sexualités contemporaines des personnes trans. Ces dernières ont dû s'y conformer sur le plan intime et social, soit pour donner un sens à leur vécu dans un contexte de manque de représentations alternatives, soit pour être acceptées socialement comme de « vraies personnes trans » et, par conséquent, espérer être reconnues en contexte de soins et avoir accès aux parcours de transition (Espineira et Thomas, 2014 ; Hereth *et al.*, 2020 ; Beaubatie, 2021), quitte à user de stratégies de divulgation ou de dissimulation de leur propre sexualité et identité afin d'obtenir les traitements souhaités (Hérault, 2010).

En France, si les descriptions des sexualités après la transition tendent à se diversifier (Beaubatie, 2019), les années 2010 ont vu émerger, tant en santé publique qu'en sciences sociales, une représentation dominante du parcours sexuel des personnes assignées femmes à la naissance et transitionnant vers le genre masculin (Beaubatie, 2017). Nos recherches montrent que cette vision univoque des trajectoires transmasculines, bien qu'elle ne reflète pas la pluralité des expériences vécues, continue de structurer le sentiment de reconnaissance des individus selon leur proximité ou leur éloignement vis-à-vis de ce modèle. Bien que cette conception hétéronormalisante des sexualités transmasculines s'est particulièrement répercutée dans les manières par lesquelles la lutte contre le VIH a catégorisé, ou plutôt effacé, cette population, c'est aujourd'hui dans une dynamique d'inclusion que les PTM sont étiquetées comme ayant intégré les populations clés.

Or, notre analyse des expériences des PTM dans les soins de santé sexuelle montre que d'autres obstacles subsistent. Dans un contexte de reconnaissance croissante des minorités sexuelles, les catégories médicales restent malgré tout marquées par la cisnormativité et structurent le cadre d'interprétation médical en santé sexuelle, occasionnant un sentiment d'illégitimité, de discrimination et de disparité dans l'accès aux soins de santé sexuelle (Bauer *et al.*, 2013). En effet, pour les personnes trans, l'accès à la santé est particulièrement gouverné par les médecins dont le statut symbolique et matériel leur confère le pouvoir de décider de qui peut accéder aux dispositifs de transition, mais aussi aux soins de santé sexuelle (Schein et Travers, 2017 ; Beaubatie, 2021).

Pour obtenir des soins qui leur sont adaptés, nous avons par exemple montré que certaines PTM déploient un effort de traduction afin de faire correspondre leurs sexualités concrètes avec les cadres

de lecture cisnormatifs utilisés dans les soins. Cette inadéquation des catégories de genre et de sexualité avec les sexualités réelles des individus ne se limite pourtant pas aux PTM. On pourrait les penser au regard d'autres populations qui, en raison de facteurs tels que l'âge, l'orientation sexuelle ou les configurations relationnelles, divergent des représentations associées aux catégories utilisées dans les soins. Ainsi pensées, les pratiques de santé sexuelle façonnent les catégories de genre et de sexualité, écartant certaines populations qui se retrouvent contraintes de négocier leur place. Notre analyse invite ainsi à dépasser la seule focale sur les PTM pour interroger, à l'échelle plus large des politiques et pratiques de santé, la manière dont les systèmes classificatoires modèlent et hiérarchisent les identités, avec des conséquences directes sur les inégalités sociales.

En mettant en avant le rôle des catégories médicales dans le façonnement des sexualités concrètes des individus, notre article confirme le caractère construit des catégories ainsi que leurs profondes conséquences sociales (Bowker et Star, 1999). Il amène à dépasser le seul cas des PTM pour interroger la construction des catégories de genre et de sexualité dans leur ensemble au regard des pratiques de santé sexuelle. En effet, la place des PTM dans les soins montre les limites du système actuel de classement sur la base de la matrice sexe/genre/sexualité (Coburn, 2017). Les négociations entre les catégories utilisées dans les discours de santé publique et des PTM ainsi que de leurs soignants mettent en avant une forme de vulnérabilité des usagers des soins vis-à-vis de leur correspondance aux catégories de genre et de sexualité hégémoniques. Notre analyse est également significative de comment les normes biomédicales articulent pouvoir médical et contrôle social (Foucault, 1975), en ce qu'elle montre que c'est également par le discours (brochures de prévention écrites, échanges communautaires, etc.) que se déploient des formes alternatives de résistance à ce pouvoir. Elle prolonge ainsi les travaux menés en sociologie de la médecine (Bowker et Star, 1999 ; Coburn, 2017), en montrant de manière particulièrement marquée comment les catégories médicales, au-delà de leur rôle performatif, échouent à saisir la complexité des identités et des expériences vécues, soulignant les limites des systèmes de classification biomédicale et la nécessité de constamment les repenser à l'aune des transformations sociales.

Bien que les soins de santé sexuelle contribuent toujours fortement à façonner les catégories de genre et de sexualité, nos terrains ont relevé l'émergence de modes de résistance qui permettent de penser le mouvement inverse. Par l'élaboration de dispositifs de prévention alternatifs, les communautés trans répondent et contournent l'effet des catégories et les discriminations en contexte de soins. Cet aspect met

ainsi en avant le rôle des pratiques de santé sexuelle dans le façonnement des catégories de genre et de sexualité et la possibilité de leur transformation à partir des expériences et des revendications des personnes qui en sont exclues. Ce faisant, notre article montre que si les pratiques de santé sexuelle sont structurées par les catégories de genre et de sexualité, c'est également par la modification des catégories que ces mêmes pratiques peuvent en venir à être changées. En témoigne l'évolution du vocabulaire depuis la clinique de la transsexualité aux « soins pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre » (Coleman *et al.*, 2022 : 1) actuels. Ce phénomène illustre la capacité des acteurs sociaux à négocier et transformer les normes qui les régissent. Ainsi, les pratiques de santé sexuelle deviennent également un lieu d'innovation sociale et politique (Broqua, 2003).

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts en rapport cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adedaja D., Kuhn L.M., Radix A., Garofalo R., Brin M., Schnall R., 2024. MyPEEPS mobile app for HIV prevention among transmasculine youth: Adaptation through community-based feedback and usability evaluation. *JMIR Formative Research* 8, 1-13.
- APA, 2005. *DSM-IV-TR*. Paris, Masson.
- APA, 2015. *DSM-5, Manuel diagnostique des troubles mentaux*. Paris, Elsevier Masson.
- Baril A., 2013. *La normativité corporelle sous le bistouri : (re)penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité*. Thèse de doctorat en études des femmes, Université d'Ottawa.
- Bauer G.R., Hammond R., Travers R., Kaay M., Hohenadel K., Boyce M., 2009. "I don't think this is theoretical; This is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 20(5), 348-362.
- Bauer G.R., Redman N., Bradley K., Scheim A.I., 2013. Sexual health of trans men who are gay, bisexual, or who have sex with men: Results from Ontario, Canada. *International Journal of Transgenderism* 14(2), 66-74.
- Beaubatie E., 2017. *Transfuges de sexe. Genre, santé et sexualité dans les parcours d'hommes et de femmes trans' en France*. Thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.

- Beaubatie E., 2019. Changer de sexe et de sexualité. Les significations genrées des orientations sexuelles. *Revue française de sociologie* 60(4), 621-649.
- Beaubatie E., 2021. *Transfuges de sexe : passer les frontières du genre*. Paris, La Découverte.
- Benjamin H., 1954. Transsexualism and transvestism as psychomatic and somatopsychic syndromes. *American Journal of Psychotherapy* 8(2), 219-230.
- Bey M., 2021. Trouble genders: "LGBT" collapse and trans fundamentality. *Hypatia* 36(1), 191-207.
- Blanchard R., 1989. The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior* 18(4), 315-334.
- Bowker G.C., Star S.L., 1999. *Sorting Things Out: Classification and Its Consequence*. Cambridge, MA, The MIT Press.
- Broqua C., 2003. La communauté des malades du sida comme fiction : les associations à l'épreuve du singulier (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé* 21(3), 71-83.
- Callahan E.J., 2015. Opening the door to transgender care. *Journal of General Internal Medicine* 30(6), 706-707.
- Clair I., 2022. Nos objets et nous-mêmes : connaissance biographique et réflexivité méthodologique. *Sociologie* 13(3) [<http://journals.openedition.org/sociologie/10578>].
- Coburn E., 2017. Défaire et refaire le sexe, le genre, la sexualité. Le sujet intersexe, trans et queer. *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales* 9, 9-31.
- Coleman E., Radix A.E., Bouman A.J., 2022. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. *International Journal of Transgender Health* 23(1), S1-S259.
- Cosne M., 2021. *Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021*. Montpellier, Université de Montpellier.
- Ekens R., 2005. Science, politics and clinical intervention: Harry Benjamin, transsexualism and the problem of heteronormativity. *Sexualities* 8(3), 306-328.
- Espineira K., 2024. Les savoirs situés trans. Apports à l'épistémologie du point de vue ? In Ayouch T., Laufer L., Molinier P., Santos B. (dir.) « *Dis donc, d'où tu parles ?* » *Savoirs situés : enjeux et méthodes*. Paris, Hermann, 15-25.
- Espineira K., Thomas M.-Y., 2014. Les trans comme parias. Le traitement médiatique de la sexualité des personnes trans en France. *Genre, sexualité & société*, 11 [<https://doi.org/10.4000/gss.3126>].

- Ferrand A., Mounier L., 1998. L'influence des réseaux de confiance sur les relations sexuelles. In Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (dir.) *La sexualité aux temps du sida*. Paris, PUF, 255-304.
- Fillol A., Fonquerne L., Cambron L., Ridde V., 2023. Pour une santé publique en faveur d'une justice épistémique. *Global Health Promotion* 30(4), 62-66.
- Foucault M., 1975. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris, Gallimard.
- Gelly M., Pavard B., 2016. De la fabrique des militant-e-s à la fabrique des patient-e-s. Deux mobilisations des profanes : l'avortement (1972-1975) et le dépistage du sida (2007-2011). *Genèses* 102(1), 47-55.
- Goffman E., 1975 [1963]. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Minuit.
- Hérault L., 2010. Usages de la sexualité dans la clinique du transsexualisme. *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 11(3), 278-291.
- Hereth J., Pardee D. J., Reisner S. L., 2020. Gender identity and sexual orientation development among young adult transgender men sexually active with cisgender men: "I had completely ignored my sexuality... that's for a different time to figure out". *Culture, Health & Sexuality* 22(1), 31-47.
- Jutant S., Pleun-Calvo S., Zimmermann L., 2023. Notre santé nous-mêmes. Comment l'auto-organisation en santé trans peut faire évoluer les pratiques en santé publique. *Revue du Crieur* 22(1).
- Mendès-Leite R., 1995. Identité et altérité. Protections imaginaires et symboliques face au sida. *Gradhiva : revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie* 18, 93-103.
- Namaste V.K., 2000. *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. Chicago, University of Chicago Press.
- Obedin-Maliver J., Makadon H.J., 2016. Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine* 9(1), 4-8.
- ONUSIDA, 2021. *Le VIH et les personnes transgenres et de diverses identités de genre*, Série de fiches d'information sur les droits humains.
- Pignedoli C., 2021. *Les contributions théoriques et les apports heuristiques des voix et des théories trans à la conceptualisation des pratiques drag king*. Thèse de doctorat en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Pignedoli C., Rivest P., 2024. The gender of PrEP: Transgender men negotiating legitimacy in France. *Social Science & Medicine* 348 [https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116842].
- Pletta D.R., White Hughto J.M., Peitzmeier S., Deutsch M.D., Pardee D., Potter J., Reisner S.L., 2020. Individual – and partnership – level correlates of protective barrier use in a sample of transmasculine adults with diverse sexual partnerships. *AIDS Patient Care and STDs* 34(5), 237-246.

- Reisner S.L., Moore C.S., Asquith A., Pardee D.J., Mayer K.H., 2020. Gender non-affirmation from cisgender male partners: Development and validation of a brief stigma scale for HIV research with transgender men who have sex with men (Trans MSM). *AIDS and Behavior* 24(1), 331-343.
- Rich A., Scott K., Johnston C., Blackwell E., Lachowsky N., Cui Z. *et al.*, 2017. Sexual HIV risk among gay, bisexual, and queer transgender men: Findings from interviews in Vancouver, Canada. *Culture, Health and Sexuality* 19(11), 1197-1209.
- Rivest P., 2023. La santé sexuelle des hommes trans : entre problèmes de catégorisation et invisibilisation. *Santé publique* 34(2), 37-48.
- Rowniak S., Chesla C., 2013. Coming out for a third time: Transmen, sexual orientation and identity. *Archives of Sexual Behavior* 42(3), 449-461.
- Scheim A.I., Travers R., 2017. Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care* 29(8), 990-995.
- Schilt K., Westbrook L., 2009. Doing gender, doing heteronormativity: "Gender normals," transgender people, and the social maintenance of heterosexuality. *Gender & Society* 23(4), 440-464.
- Sevelius J.M., Keatley J., Calma N., Arnold E., 2016. "I am not a man": Trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women. *Global Public Health* 11(7-8), 1060-1075.
- Shires D.A., Jaffee K., 2015. Factions associated with health care discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. *Health & Social Work* 40(2), 134-141.
- Skidmore E., 2011. Constructing the "good transsexual": Christine Jorgensen, whiteness, and heteronormativity in the mid-twentieth-century press. *Feminist Studies* 37(2), 270-300.
- Stutterheim S.E., van Dijk M., Wang H., Jonas K.J., 2021. The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *Plos One* 16(12), 1-29.
- Suess A., Espineira K., Warters P.C., 2014. Depathologization. *Transgender Studies Quarterly* 1(1-2), 73-77.
- Valentine D., 2003. "I went to bed with my own kind once": The erasure in the name of identity. *Language & Communication* 23(2), 123-138.
- Wall C.S., Patev A.J., Benotsch E.G., 2023. Trans broken arm syndrome: A mixed-methods exploration of gender-related medical misattribution and invasive questioning. *Social Science & Medicine* 320 [https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115748].
- Weeks J., 2019 [2016]. *Écrire l'histoire des sexualités*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

ABSTRACT

From “transsexualism” to HIV care: The categorization of transmasculine sexualities in relation to lived experience

Within clinical approaches to transsexualism, transmasculine people have been categorized as heterosexuals. This perspective was subsequently adopted in the fight against HIV, shaping how transmasculine people have been viewed in terms of prevention. Building on this observation, this paper investigates how these categorizations have impacted transmasculine people’s sexual trajectories and their reception within HIV prevention services, as well as how community health initiatives have worked to close the gaps in prevention and care created by these categorizations. Drawing on a thematic analysis of 13 interviews and community health literature, we show that – contrary to the dominant medical conception – a plurality of trajectories exist. First, for individuals who have experienced pre-transition heterosexuality, their sexual orientation complicates the process of self-recognition as trans and requires a reworking of medical representations of sexuality. Second, we highlight the persistence of a cisnormative conception, and even a erasure of transmasculine people within HIV care, resulting in discrimination, a sense of illegitimacy in accessing prevention, and a withdrawal of transmasculine people from such services. Finally, we show that trans communities have developed alternative prevention tools that take into account the diversity of anatomies and practices involved. However, for some transmasculine individuals, the form of “maximization of protection” presented therein is not seen as applicable to their actual sexual practices.

Keywords: *transgender men, sexualities, HIV, categorization, discrimination, cisheteronormativity.*