

# Production des cadres normatifs des politiques de santé en contexte de crise : analyse critique lexicométrique et trans du cadrage des parcours de transition en France

Anna Baleige, Mathilde Guernut

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2025/2 vol. 37 , PAGES 41 À 56  
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.252.0041

Date de mise en ligne : 26/05/2025

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-2-page-41?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 S.F.S.P..**

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://stm.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.

# Production des cadres normatifs des politiques de santé en contexte de crise : analyse critique lexicométrique et trans du cadrage des parcours de transition en France

## *The production of normative health policy frameworks in a crisis: A critical lexicometric and trans analysis of the framing of transition pathways in France*

Anna Baleige<sup>1\*</sup>, Mathilde Guernut<sup>2</sup>

### ➔ Résumé

**Introduction :** Respecter le droit des personnes trans au meilleur état de santé possible et produire des politiques publiques en contexte de crise est un enjeu contemporain mondial. Cet article interroge la production des politiques publiques à travers l'analyse spécifique du cadrage des parcours de transition par la Haute Autorité de Santé en France.

**But de l'étude :** S'appuyant sur les cadres de recherche des *Critical Discourse Studies* et *Survivor Research*, l'étude applique des méthodes de lexicométrie outillée pour l'analyse des cadres normatifs de référence. Spécifiquement, elle porte sur les stratégies de nomination et argumentatives de mitigation ou intensification.

**Résultats :** La classification hiérarchique descendante par méthode A.L.C.E.S.T.E. a mis en évidence une structure en trois paires lexicalement distinctes. Une analyse de similitudes a révélé 31,6 % de trigrammes communs avec le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Les différences et similitudes observées ne semblent ni aléatoires ni reposer sur des éléments scientifiques et majorent la psychopathologisation des personnes trans au détriment des besoins de santé.

**Conclusions :** Nos résultats interrogent la gouvernance des systèmes de santé et notamment la fabrique des normes et politiques publiques. La structure du document évoque le résultat d'un arbitrage politique affranchi des contraintes scientifiques et visant à imposer une vision psychopathologique justifiant un contrôle par le système de santé. L'analyse critique outillée apparaît comme une approche à même d'analyser le fonctionnement des institutions publiques en contexte de crise.

**Mots-clés :** personnes transgenres ; réforme des soins de santé ; participation communautaire ; organisation et administration ; droit à la santé ; linguistique.

### ➔ Abstract

**Introduction:** Respecting trans people's right to the highest attainable standard of health, and producing public policy in a context of crisis, are key contemporary global issues. This article examines the production of public policy through a specific analysis of the framing of transition pathways by the Haute Autorité de Santé (French National Authority for Health).

**Purpose of the study:** Drawing on the research frameworks of critical discourse studies and survivor research, the study applies lexicometric methods to the analysis of normative reference frameworks. Specifically, it focuses on the naming and argumentative strategies of both mitigation and intensification.

**Results:** Hierarchical top-down clustering using the ALCESTE method revealed a structure made up of three lexically distinct pairs. A similarity analysis revealed 31.6% of trigrams shared with the report by the Inspection Générale des Affaires Sociales (French General Inspectorate for Social Affairs). The differences and similarities observed appear to be neither random nor based on scientific evidence, and emphasize the psychopathologization of trans people to the detriment of their health needs.

**Conclusions:** Our findings ask questions about health care system governance and, specifically, the production of public policy and norms. The document's structure suggests it is a product of political arbitration, freed from scientific constraints and designed to impose a psychopathological vision justifying control by the health care system. Critical analysis appears to be an effective approach for analyzing how public institutions operate in the context of crisis.

**Keywords:** trans people; health care reform; community participation; organization and administration; right to health; linguistics.

<sup>1</sup> Université François-Rabelais Tours, Faculté de médecine – EA 75-05 Éducation Éthique Santé – Tours – France.

<sup>2</sup> Université de Lille, CNRS – UMR 8163 Savoirs, Textes, Langage – Villeneuve-d'Ascq – France.

## Introduction

### Santé trans, santé publique et droits humains

La santé trans et la santé publique forment des champs transdisciplinaires visant à promouvoir la santé des personnes en agissant aux niveaux communautaire ou populationnel. Ils intersectionnent notamment depuis la dépsychopathologisation de la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), publiée en 2018 et effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 [1].

Toutes les nosographies précédentes – depuis la première classification aliéniste de 1838 [2] – conceptualisaient les personnes trans comme porteuses d'une maladie ou infirmité de l'enfance, imputée à un trouble mental – héritage historique de l'oppression étatique psychiatrique du début du XIX<sup>e</sup> siècle [3]. Ce changement nosographique fait suite à l'adoption en 1948 des droits humains [4] comme cadre normatif des recherches et pratiques en santé qui a permis l'émergence de recherches communautaires proposant des conceptualisations alternatives portées par les communautés elles-mêmes, et des décennies d'activisme pour les droits humains [5, 6]. La redéfinition de la santé comme bien-être a conduit l'OMS, sur la base de six études de terrain [7] dont une en France [8], à abandonner la psychopathologisation tout en conservant une construction diagnostique pathologique – l'incongruence de genre [1, 9] – avec l'objectif de « garantir l'accès des personnes transgenres à des soins d'affirmation de genre, ainsi qu'à une couverture d'assurance maladie adéquate pour ces services » [1]. Si l'OMS reconnaît l'objectif entièrement politique du maintien d'une pathologisation, il a été largement critiqué par les personnes concernées – notamment la pathologisation inutile des enfants [9, 10] – au nom du droit humain fondamental des personnes et communautés à décider de leur destin : l'autodétermination [4]. La conceptualisation actuelle des personnes trans représente de fait un vecteur imparfait – non participatif [3, 11] et non congruent avec l'ensemble des droits humains – de transition sociale vers une adoption des droits humains comme normes des politiques et pratiques de santé trans. Bien que préconisée par les communications scientifiques internationales [12-14], cette approche reste largement absente des pratiques et politiques de santé trans occidentales, participant aux injustices épistémiques subies par les communautés [15], derrière une façade de technicité professionnelle et de recherche [11, 12].

Les droits humains définis par l'Organisation des Nations Unies (ONU) [4] – piliers des approches de santé publique [16, 17] – permettent de conceptualiser les personnes trans simplement comme exerçant leur droit humain fondamental et partagé à l'autodétermination [4]. L'exercice de ce droit développé notamment dans les *principes de Yogyakarta* [18, 19] – qui appliquent les droits humains aux populations LGBTQI, de manière similaire à la *convention relative aux droits des personnes handicapées* [20] – s'accompagne d'une *transition*, communautairement définie comme « une période au cours de laquelle une personne trans passe socialement ou physiquement d'une manière d'être genrée à une autre » [21]. L'exercice de ce droit peut faire intervenir le système de santé [12, 13, 22], de manière similaire aux droits reproductifs. La *population trans*, ou les *communautés trans*, sont des expressions employées pour référer à l'ensemble des personnes trans qui, au sens de la santé publique [16], partagent notamment une lutte politique commune pour la jouissance de leurs droits fondamentaux [5, 6] et une situation de vulnérabilité multifactorielle résultant d'oppressions systémiques et individuelles auxquelles participent les états et systèmes de santé [12-14].

### Enjeux de santé publique

L'intersectionnalité est un prisme d'analyse constitutif des communautés trans. En effet, si l'usage au singulier peut être considéré abusif, la multiplicité des communautés de la population trans [14, 22] participe à la diversité de ses enjeux – on peut citer notamment l'invisibilisation des personnes non-binaires [23] ou transmasculines [14]. De fait, si les discussions de santé s'intéressent quasi-exclusivement à l'ensemble *des personnes trans*, c'est que la focale est mise sur la jouissance des droits fondamentaux – de manière encore similaire à ce qu'on observe en matière de santé reproductive [24] – à défaut des enjeux de santé. L'enjeu de santé publique est donc organisationnel, mais aussi normatif dans un contexte où les cadres de la santé publique sont mis à mal politiquement. Cette recherche interroge la possibilité de produire un discours et des politiques de santé dans ce contexte.

L'intégration des savoirs et expertises dans les politiques publiques est une focale de la santé publique [16] (largement révélée à l'occasion de pandémie de COVID-19 [25-27]), qui porte plus spécifiquement sur la capacité de notre gouvernance à agir face à l'incertitude ou la controverse [28]. Depuis, ces interrogations ont trouvé un écho particulier aux questions transversales du champ,

notamment de changements d'allure paradigmatique : adoption d'une définition de la santé comme bien-être en 1946 [29], intégration de la santé dans toutes les politiques [30], ou développement du concept d'une seule santé [31]. En France, si le concept de démocratie en santé se répand – notamment dans les suites de la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, son intégration reste au mieux parcellaire et des auteurs notent qu'il tend à disparaître dans les situations de tension « au profit d'un savoir monologique d'autorité, étayé sur la rationalité de l'expert » [27]. Pour autant, les enjeux sont partagés dans la lutte contre le tabagisme [32], la santé orale [33], la santé physique des personnes psychiatriquées [34], etc. Ainsi, étudier la santé trans est aussi un moyen d'étudier la capacité de nos systèmes à faire face.

### Contexte de santé trans en France

En 2017 et à la suite de deux condamnations de la Cour Européenne des Droits de l'Homme [35], la France a mis fin à la stérilisation systématique des personnes trans – qui ne peuvent cependant pas reconnaître leurs enfants, mais peine à les inclure dans ses politiques publiques [24]. Les systèmes de santé restent inadaptés, peu accessibles, et pourvoyeurs de préjugés, discriminations et violences [22, 36] :

De très nombreuses études nationales et internationales attestent d'un non-recours ou d'un recours trop tardif aux soins, même primaires, du fait d'un accueil souvent inadapté et parfois discriminant (mégenrage, questions déplacées, refus de prises en charge). Ces difficultés sont d'autant plus préjudiciables que la précarité matérielle et l'isolement liés aux discriminations vécues au quotidien renforcent l'éloignement aux soins, et que les problèmes de santé mentale et sexuelle sont sur-représentés dans la population trans [22].

S'appuyant sur un avis du Défenseur des droits de 2018, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme rapporte que « les maltraitances médicales envers les personnes trans sont encore plus fréquentes qu'envers les personnes LGBTI en général » [36].

Pour autant, ce n'est pas le respect du droit humain fondamental de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible qui motive le développement actuel de politiques publiques françaises pour les communautés trans, mais la dynamique politique impulsée par l'OMS

via les changements nosographiques de la CIM-11. Ainsi, entre le 23 avril [37] et le 13 juillet 2021 [22], le ministre des Solidarités et de la Santé a demandé à la Haute Autorité de Santé (HAS) – « autorité publique indépendante caractère scientifique » [36] – la production de recommandations de bonnes pratiques, éclairées d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). La HAS avait déjà publié en 2009 un premier document sur la santé trans reposant sur une conceptualisation datée et psychopathologique [38]. Conformément à ses protocoles [39], elle a validé le 7 septembre 2022 une note de cadrage sur les *parcours de transition des personnes transgenres* [37]. Ce document a pour objectif de cadrer normativement et fixer la composition d'un groupe de travail l'élaboration de politiques publiques. Son étude présente donc un intérêt multiple pour la santé publique, puisqu'il interroge sa prise en compte dans les politiques publiques [27, 30, 40] et leur rapport aux savoirs et expertises, dans un contexte de controverse politique et de tensions sur les institutions publiques.

Bien qu'il existe un consensus international et des normes partagées [13], la discussion politique reste centrée sur des discours de haine où l'existence même des personnes trans – et des droits humains – est remise en cause. Si ces consensus ouvrent des points de tension entre professionnel·les, universitaires et communautés [9, 10, 41], aucun n'est repris dans le débat public. Dans ce contexte, la HAS a pris la décision de maintenir une opacité sur les avis experts mobilisés « qui ne doivent être sujets à aucune forme de pression durant l'élaboration des travaux » [42], sans appel à participation. Des activistes anti-trans<sup>1</sup> ont utilisé cette opacité pour exercer une pression sur l'institution, notamment en utilisant les médias pour jeter le discrédit sur son indépendance et révéler l'identité de membres spécifiques du groupe de travail [39], ainsi qu'en saisissant le tribunal administratif – qui a confirmé le caractère public des informations, jugement face auquel la HAS a déposé un pourvoi en cassation [42]. Des professionnel·les de la santé trans ont récemment publié une tribune dénonçant les pressions extérieures et la mise à mal de l'indépendance de la HAS [43]. Au-delà de la controverse, c'est donc une occasion rare – équivalente à un *stress test* [44] – d'étudier le fonctionnement des institutions publiques et leur intégration des cadres normatifs en période de crise.

<sup>1</sup> Pour plus de précisions sur le sens des termes, nous recommandons les notes de traduction francophone de l'article « *Rapid-Onset Gender Dysphoria* » – *Un commentaire critique* de Florence Ashley, par la revue *GLAD!* [65].

## Question et objectifs de recherche

Cette recherche porte sur le document *Parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage (2022)* de la HAS [37] et vise à produire des savoirs sur la production et l'interprétation des politiques publiques en contexte de crise institutionnelle et de changements paradigmatiques. Elle y questionne la capacité à produire des discours et politiques de santé dans un contexte de remises en causes normatives. Cet article s'intéresse aux processus de production des discours [45] avec comme objectif d'y décrire la place des stratégies de nomination, et de mitigation et intensification [46], au regard du travail préliminaire de l'IGAS [22].

## Méthodes

### Cadres de recherche

Le cadre normatif mobilisé dans cette étude est celui des droits humains, définis par l'ONU [4], incluant la définition de la santé de la constitution de l'OMS [29], et leur application aux droits LGBTQI des *Principes de Yogyakarta* [18, 19]. Ce cadre normatif est notamment partagé par l'*Agenda 2030 pour le Développement Durable* [47], la promotion de la santé [17], et les actions communautaires [5, 6]. Il inclut une dimension participative de production des savoirs et politiques publiques. Aussi, cette étude s'appuie sur une approche participative où la recherche est menée par une personne directement concernée, dans la lignée des *survivor research* et de leurs bénéfiques de validités scientifique et écologique [48], par ailleurs déjà utilisée en santé trans [11, 24].

Notre méthodologie s'appuie sur la *Discourse-Historical Approach* des *Critical Discourse Studies (CDS)* [46]. Le discours y est compris « comme instrument de pouvoir et de contrôle ainsi que [...] comme instrument de construction sociale de la réalité » [49], en interaction avec son contexte par des processus de production et d'interprétation [45]. Nonobstant leur intérêt pour la recherche en santé publique [50], les *CDS* sont limitées par leur aspect trop qualitatif [51]. Aussi, nous avons choisi de restreindre l'angle critique – « qui doit être compris comme une prise de distance des données (bien que la critique soit principalement une “critique située”», les intégrant dans le contexte social, en explicitant le positionnement politique des participant-es au discours, et mettant l'emphase sur l'autoréflexion continue des

chercheuses » [46] – au profit d'approches de lexicométrie outillée, dans un but de triangulation [46]. La lexicométrie est une « approche guidée par les données de l'utilisation (surtout politique) du langage dans laquelle l'analyste applique une gamme d'algorithmes statistiques sur des données textuelles afin de dévoiler ses macrostructures lexico-sémantiques dans une perspective synchronique et diachronique » [52].

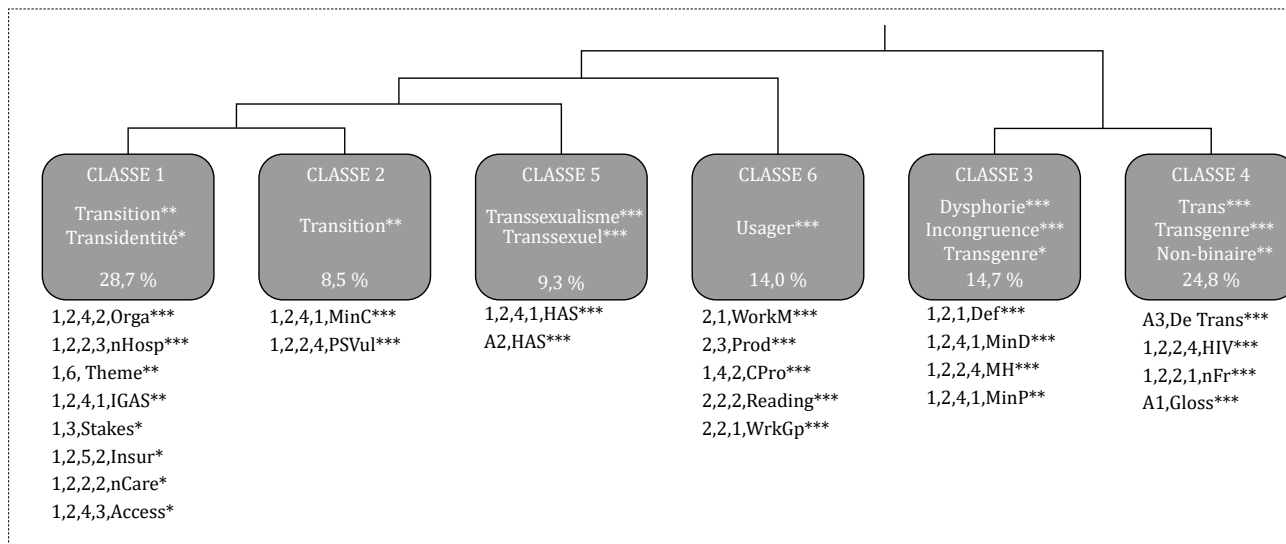
L'étude du document de la HAS : *Parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage (2022)* [37] est centrée sur les processus de production et les stratégies associées de nomination – termes utilisés pour référer aux personnes cibles, et de mitigation et intensification [46] – modification de l'intensité des arguments au regard du document de l'IGAS [22]. Les analyses ont été réalisées en deux étapes : une classification hiérarchique descendante (nomination), et une analyse de similitudes (mitigation et intensification). Nous avons réalisé le pré-traitement avec le logiciel Notepad++ v8.6.5.

### Classification hiérarchique descendante

Le texte – à l'exception des références et des sous-chapitres 1.1. et 1.3. sans texte original – a suivi la méthode A.L.C.E.S.T.E. [53]. Elle inclut trois étapes de traitement :  
 – lemmatisation – remplacement des mots par leur forme canonique, les lemmes (présentés en petites majuscules) appuyée sur une identification en partie du discours ;  
 – segmentation en unités de contexte élémentaires (uce) – permettant l'analyse des lemmes en contexte immédiat ;  
 – segmentation des uce pour l'analyse.

L'analyse construit ensuite une classification par itération de comparaisons de segments par test du chi carré vs le reste du texte. Une double analyse est menée en parallèle avec une variation des tailles de segmentation pour s'assurer de la stabilité des classes. Une fois le nombre désiré de classes atteint ou la portion du corpus incluse trop faible (seuil utilisé de 80,0 %), l'analyse aboutit à une classification des lemmes, hiérarchisée et descendante. Elle permet également l'étude de la distribution de variables descriptives.

Le traitement et l'analyse ont été réalisés avec le logiciel IraMuTeQ v0.7alpha2 2020 pour R v4.1.3 [54]. Notre analyse est centrée sur les lemmes de nomination des personnes trans parmi les classes finales. Nous avons utilisé comme variable descriptive la structure du document en associant chaque portion du texte à son sous-chapitre [37].



**Figure 1** : Classification hiérarchique descendante de 80,1 % de [37]

Les corrélations sont basées sur le test du chi-carré : groupe vs reste du corpus. Les lemmes utilisés pour désigner les personnes trans et les modalités de variable sont statistiquement associés à la classe (\*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$ ). Description des chapitres (modalités = titre du chapitre) : 1.2.1 = Définitions ; 1.2.2.1 = Nombre de personnes transgenres en France ; 1.2.2.2 = Nombre de personnes prises en charge ; 1.2.2.3 = Nombre de séjours hospitaliers pour transsexualisme ; 1.2.2.4HIV = Infection à VIH ; 1.2.2.4MH = Troubles de santé mentale ; 1.2.2.4PSVul = Vulnérabilité psycho-sociale ; 1.2.4.1.HAS = Rapport de la HAS en 2009 ; 1.2.4.1.IGAS = Définition du parcours de transition d’après le rapport de l’IGAS 2022 ; 1.2.4.1MinP = Cas particulier des mineurs – Prévalence ; 1.2.4.1MinD = Cas particulier des mineurs – Troubles associés ; 1.2.4.1MinC = Cas particulier des mineurs – Accompagnement ; 1.2.4.2 = Organisation de la prise en charge ; 1.2.4.3 = Difficultés d’accès aux soins ; 1.2.5.1 = Lois ; 1.2.5.2 = CCAM ; 1.3 = Enjeux ; 1.4.2 = Professionnels concernés ; 1.6 = Délimitation du thème / questions à traiter ; 2.1 = Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet ; 2.2.1 = Groupe de travail ; 2.2.2 = Groupe de lecture ; 2.3 = Productions prévues ; A1.Glossaire = Glossaire ; A2.HAS = Présentation schématique de HAS, 2009 ; A3.DeTrans = Détransition.

## Analyse de similitudes

Cette analyse s’appuie sur le logiciel Ferret v5.4 – utilisé dans la détection du plagiat [55, 56] – qui permet la comparaison de trigrammes (groupes de trois mots) entre plusieurs documents. Le nombre de trigrammes partagés est utilisé pour calculer une mesure de proximité entre les documents.

Puis, le document de la HAS [37] a été comparé au rapport de l’IGAS [22]. Pour chaque sous-chapitre, les similitudes ont été analysées manuellement avec identification des passages, mise en évidence et catégorisation des différences, et comptage des mots. Les catégorisations ont été effectuées par deux chercheuses en parallèle en aveugle et ont abouti à un consensus.

Les différences observées ont été contextualisées au regard de l’ensemble du document [37] pour synthétiser leur place dans la stratégie discursive. Notre analyse s’est centrée sur l’ensemble des stratégies d’intensification et de mitigation [46].

En raison de sa grande proximité, le rapport de l’IGAS [22] a été choisi comme texte de référence dans l’analyse.

Chaque sous-chapitre présentant un écart conceptuel par rapport au rapport de l’IGAS a été analysé, une attention particulière a été accordée à l’usage et au contenu des similitudes textuelles et des références, amenant à un résumé consensuel des stratégies de mitigation et d’intensification.

## Résultats

### Classification hiérarchique descendante

Après lemmatisation, le document comprend 5 375 occurrences de 1 194 formes uniques, c’est-à-dire un ratio *type/token* de 26,6 %. Les hapax (occurrences uniques ;  $n = 594$ ) représentent 49,8 % des formes uniques et 11,1 % des occurrences totales. L’algorithme a isolé 161 uce, segmentées en unités de 10 et 12 lemmes pour l’analyse.

La classification hiérarchique descendante a analysé 80,1 % du texte et individualisé 6 classes stables, contenant les lemmes les plus associés à un contexte lexical spécifique. Leur distribution et les chapitres associés sont présentés en figure 1. Les classes 3 et 4 (39,5 %) ont été les premières à s'individualiser, se concentrant sur certains aspects spécifiques de la population trans, suivies des classes 5 et 6 (23,3 %) sur le contenu institutionnel, et des classes 1 et 2 (37,2 %) sur les parcours de santé.

La classe 1 est associée aux lemmes relatifs aux parcours de santé : SOIN ( $\chi^2(1) = 34.0, p < .001$ ), PARCOURS ( $\chi^2(1) = 18.3, p < .001$ ), SÉJOUR ( $\chi^2(1) = 12.9, p < .001$ ), ALD ( $\chi^2(1) = 12.9, p < .001$ ), et PELVIEN ( $\chi^2(1) = 18.4, p < .001$ ). Les personnes trans sont mentionnées indirectement : TRANSITION ( $\chi^2(1) = 10.2, p < .01$ ) et TRANSIDENTITÉ ( $\chi^2(1) = 4.3, p < .05$ ). La classe 1 est associée à la plupart des sous-chapitres de la première section, y compris ceux sur les enjeux (1.3. ;  $\chi^2(1) = 5.1, p < .05$ ) et le thème (1.6. ;  $\chi^2(1) = 9.2, p < .01$ ). Contrairement à la première, la classe 2 se concentre sur la vulnérabilité psychosociale, est basée sur le RAPPORT ( $\chi^2(1) = 18.6, p < .001$ ) de l'IGAS ( $\chi^2(1) = 45.1, p < .001$ ), et est associée à des lemmes exprimant des limites de l'organisation des soins, comme RUPTURE ( $\chi^2(1) = 13.3, p < .001$ ), DIFFICULTÉ ( $\chi^2(1) = 17.7, p < .001$ ), TROUVER ( $\chi^2(1) = 33.0, p < .001$ ), en particulier pour les MINEURS ( $\chi^2(1) = 18.8, p < .001$ ). Elle est associée aux chapitres spécifiques sur les vulnérabilités psychosociales (1.2.2.4.PSVul ;  $\chi^2(1) = 23.4, p < .001$ ) et l'accompagnement des mineur-es (1.2.4.1.MinC ;  $\chi^2(1) = 37.6, p < .001$ ), où le texte se concentre sur la TRANSITION ( $\chi^2(1) = 6.4, p < .05$ ).

La classe 3 est associée à des lemmes liés à la santé mentale : PRÉVALENCE ( $\chi^2(1) = 13.5, p < .001$ ), TROUBLE ( $\chi^2(1) = 25.2, p < .001$ ), MENTAL ( $\chi^2(1) = 13.5, p < .001$ ), IDÉE ( $\chi^2(1) = 17.8, p < .001$ ), SUICIDAIRE ( $\chi^2(1) = 23.9, p < .001$ ), et DISCRIMINATION ( $\chi^2(1) = 17.6, p < .001$ ). Les personnes trans sont peu mentionnées explicitement (TRANSGENRE,  $\chi^2(1) = 4.5, p < .05$ ), et surtout sous l'angle de la psychopathologisation (DYSPHORIE,  $\chi^2(1) = 17.6, p < .001$  ; GENRE,  $\chi^2(1) = 7.9, p < .01$ ) et pathologisation (INCONGRUENCE,  $\chi^2(1) = 11.9, p < .001$ ). Elle est associée aux chapitres spécifiques sur la définition des populations adulte (1.2.1. ;  $\chi^2(1) = 30.1, p < .001$ ) et adolescente (1.2.4.1.MinP ;  $\chi^2(1) = 11.8, p < .001$ ), ainsi que sur la santé mentale (1.2.2.4.MH ;  $\chi^2(1) = 17.8, p < .001$  ; 1.2.4.1.MinD ;  $\chi^2(1) = 23.9, p < .001$ ). En revanche, la classe 4 est principalement associée aux lemmes utilisés pour désigner la population trans : IDENTITÉ ( $\chi^2(1) = 15.3, p < .001$ ), POPULATION ( $\chi^2(1) = 14.7, p < .001$ ), TRANS ( $\chi^2(1) = 32.0, p < .001$ ), HOMME ( $\chi^2(1) = 22.4, p < .001$ ), FEMME ( $\chi^2(1) = 21.3, p < .001$ ), et TRANSGENRE ( $\chi^2(1) = 11.5, p < .001$ ) ; et

le statut VIH : SÉROPOSITIVITÉ ( $\chi^2(1) = 12.5, p < .001$ ). Elle est également associée aux chapitres spécifiques sur la taille (1.2.2.1. ;  $\chi^2(1) = 19.1, p < .001$ ), le VIH (1.2.2.4.HIV ;  $\chi^2(1) = 29.3, p < .001$ ), le glossaire (A1.Glossaire ;  $\chi^2(1) = 11.6, p < .001$ ), et la dernière annexe détaillant des résultats sélectionnés de trois études sur la « détransition » [37] (A3.DeTrans ;  $\chi^2(1) = 36.5, p < .001$ ).

La classe 5 est associée aux lemmes spécifiques au rapport 2009 de la HAS sur le transsexualisme : SITUATION ( $\chi^2(1) = 20.1, p < .001$ ), PROPOSITION ( $\chi^2(1) = 40.3, p < .001$ ), PERSPECTIVE ( $\chi^2(1) = 30.0, p < .001$ ), DÉMARCHE ( $\chi^2(1) = 50.7, p < .001$ ), EXPÉRIENCE ( $\chi^2(1) = 30.8, p < .001$ ), VIE ( $\chi^2(1) = 20.1, p < .001$ ), RÉEL ( $\chi^2(1) = 40.3, p < .001$ ), et RAPPORT ( $\chi^2(1) = 16.4, p < .001$ ), HAS ( $\chi^2(1) = 14.2, p < .001$ ). Les personnes trans sont psychopathologisées sur la base de la CIM-10 : TRANSEXUEL ( $\chi^2(1) = 12.0, p < .001$ ) ou TRANSEXUALISME ( $\chi^2(1) = 12.1, p < .001$ ). Elle est fortement associée au chapitre (1.2.4.1.HAS ;  $\chi^2(1) = 72.2, p < .001$ ) et à l'annexe (A2.HAS ;  $\chi^2(1) = 50.7, p < .001$ ) du rapport 2009 de la HAS [38]. En revanche, la classe 6 est associée à des lemmes institutionnels : RECOMMANDATION ( $\chi^2(1) = 41.1, p < .001$ ), TRAVAIL ( $\chi^2(1) = 60.1, p < .001$ ), GROUPE ( $\chi^2(1) = 32.8, p < .001$ ), LECTURE ( $\chi^2(1) = 25.5, p < .001$ ), PROFESSIONNEL ( $\chi^2(1) = 11.7, p < .001$ ) et USAGER ( $\chi^2(1) = 18.9, p < .001$ ). Les personnes trans ne sont pas directement référencées et cette classe est associée à la deuxième section du document et au chapitre de la première section concernant les professions impliquées (1.4.2. ;  $\chi^2(1) = 12.5, p < .001$ ).

Cette analyse met en évidence que la production des discours au sein du document est statistiquement associée aux sous-chapitres le structurant. Il ne s'agirait donc pas d'un discours unifié instancié à chaque étape, mais d'une agglutination de discours éparses construits autour des enjeux spécifiques qu'ils abordent et faisant varier la conceptualisation des personnes trans entre des définitions identitaires, communautaires, psychopathologiques, et structurelles issues de cadres normatifs incompatibles entre eux.

### Analyse de similitudes

Avec le logiciel Ferret [55], nous avons conduit une analyse de similitudes textuelles en comparant le document [37] au rapport de l'IGAS [22]. Les deux documents contiennent respectivement 4 540 et 31 000 trigrammes. Le rapport d'analyse a mis en évidence 1 433 trigrammes partagés – soit une mesure de ressemblance de 4,2 % – où les trigrammes du rapport de l'IGAS représentent 31,6 % du document.

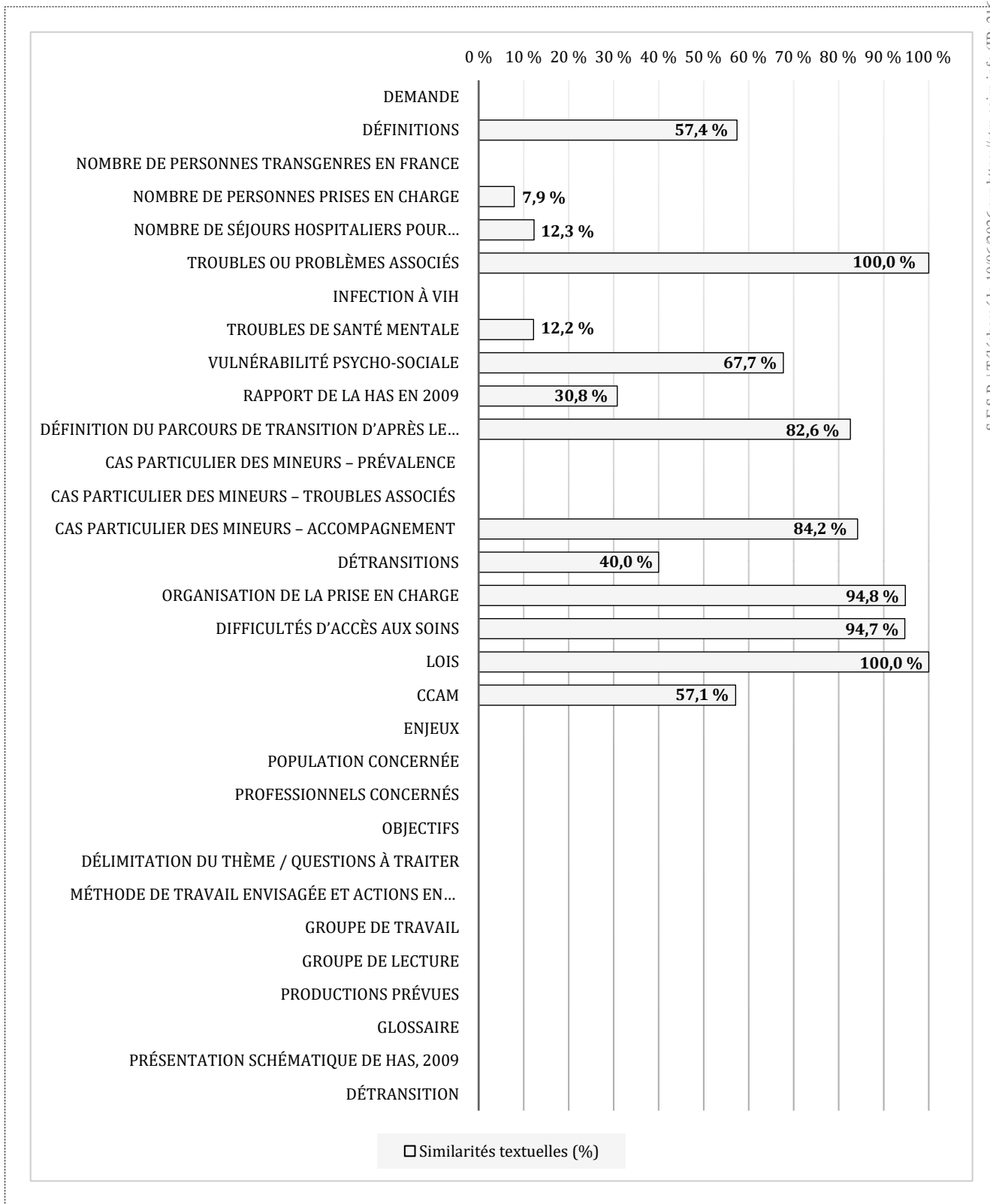


Figure 2 : Répartition des proportions de similitudes textuelles avec [22], par sous-chapitre de [37]

La lecture des similitudes a permis d'identifier 35 sections se chevauchant entre les documents, classées en quatre catégories distinctes : identiques (n=12 ; 34,3 %), tronquées (n=11 ; 31,4 %), paraphrasées (n=10 ; 28,6 %), et réécrites (n=2 ; 5,7 %). Sur les 33 (94,3 %) sections non réécrites, le rapport de l'IGAS [22] est explicitement cité dans 25 (75,8 %), 4 (12,1 %) mentionnent à la place les institutions françaises citées comme sources dans le rapport, 3 (9,1 %) ne donnent pas d'origine claire et 1 (3,0 %) n'est pas sourcée. Pour ces mentions, la HAS n'utilise pas de format de citation et les a supprimés dans une section où le rapport de l'IGAS citait les données nationales de l'assurance maladie [22]. Sur les deux parties réécrites, l'une reprend des termes du rapport 2009 [38], l'autre intègre une source scientifique originale [12] sans qu'elle ne soit correctement référencée ou que son contenu soit fidèlement inclus. La distribution des similitudes est présentée figure 2.

Les principaux résultats de l'analyse des stratégies de mitigation et intensification sont présentés dans la table 1, où on observe que les modifications apportées par la HAS vont dans le sens d'une conception pathologique des adultes trans associée à de nombreuses comorbidités – systémiquement psychiatriques – et d'une conception psychopathologique des jeunes trans, tout en minimisant sa propre responsabilité dans la mauvaise gestion du système de santé à l'égard de la population trans. Les sous-chapitres associés aux classes 3 et 4 (jeunes trans et « détransition » [37]) de la classification hiérarchique descendante sont ceux présentant le plus de texte altéré ou original, au contraire de ceux des classes 1 et 2 (parcours de santé et vulnérabilités psychosociales). La structure du discours de la HAS ne respecte pas la nosographie [1] – motif explicite du travail [37] – et s'organise autour de la reconnaissance de la capacité juridique à consentir, argumentant la médicalisation des majeur·es et l'incapacité des mineur·es, derrière des arguments d'allure scientifique.

## Discussion

Nous n'avons pas identifié de limite méthodologique pendant l'exécution. Contrairement à ce que faisait craindre la forte diversité lexicale, le document [37] se prête aux analyses lexicométriques et a permis la réalisation d'une analyse double sur plus de 80,0 % du texte. Les proximités du document [37] avec celui de l'IGAS [22] ont également participé à renforcer l'analyse des similitudes. L'analyse des stratégies d'intensification et de mitigation

fait appel à la subjectivité des chercheuses, pour autant cette subjectivité est également recherchée par l'approche participative et secondaire au traitement automatique des données. Cette force méthodologique s'effectue au prix d'une réduction des capacités explicatives de l'approche critique, nous plaçant dans une position de minimisation des enjeux.

Si cette étude a pour but d'analyser la construction du document à partir de sa forme, les résultats de l'analyse de similitudes interrogent la gouvernance des politiques de santé. D'abord sur la forme et le droit d'auteur que la HAS appose sur un document [37] où une grande partie du texte serait plagié du travail d'une autre institution [22]. Puis sur son rapport à la vérité, à la fois dans son absence de mention des sources et citations, sur la réécriture de son histoire – notamment sur l'omission de l'étape de diagnostic différentiel dans le résumé de son rapport précédent, et dans l'emploi de ses références. Enfin sur le fond et la cohérence de l'organisation des institutions publiques françaises de santé, où il est déjà discuté que « les organismes qui ont un rôle dans le champ de la santé publique sont très nombreux », « se coordonnent insuffisamment », et « peuvent même parfois se contredire entre eux » [40].

Les résultats des analyses lexicométriques mettent en évidence que le document est structuré en trois parties lexicalement distinctes et de volume proche. La partie qui se distingue la plus nettement des autres (classes 3 et 4) aborde les enjeux de définition, taille, et des jeunes. Cette partie ne s'appuie pas sur le travail de l'IGAS et est une production originale de références, texte, et argumentation. Elle pose une définition psychopathologique des personnes trans et de manière disproportionnée des jeunes trans (classe 3), et mobilise les termes communautaires pour illustrer les morbidités.

Une autre partie (classes 1 et 2) est construite à partir du rapport de l'IGAS dont est extrait l'état des lieux (classe 1), et des paragraphes sur les vulnérabilités psychosociales conservés du document original. Les altérations ont systématiquement pour effet de minimiser les enjeux de santé communautaire, les déterminants et mécanismes sociaux et culturels, et les intersections. Ces enjeux, comme les parcours et les personnes, sont psychopathologisés et deviennent des éléments d'une mauvaise santé mentale venant justifier une systématisation de l'accompagnement par des services psychiatriques. Cette mécanique est particulièrement visible dans la différence de traitement des jeunes et des adultes dans le document : la psychopathologisation des jeunes trans est la seule définition mobilisée – il n'est pas référé au diagnostic de la CIM-11 – et est présente jusque dans les titres de sous-chapitres

**Table 1** : Stratégies d'intensification et de mitigation entre [37] et [22]

Sous-chapitre	Titre	Classe	Index des références	Cadres normatifs des références (index)	Similarités textuelles mots/total (%) ; catégories (n)	Stratégies d'intensification et de mitigation (M=mitigation ; I=Intensification)
1.1.	Demande	-	-	-	0/237 (0,0 %).	-
1.2.1.	Définitions	3	-	-	97/169 (57,4 %) ; Identique (2).	Retrait des définitions de la communauté trans basées sur l'auto-détermination et la diversité de genre (M).
1.2.2.1.	Nombre de personnes transgenres en France	4	1 ; 2 ; 3*	Psychopathologie (1) ; Trans incluant la diversité de genre (2, 3)	0/178 (0,0 %).	Retrait des estimations de la population trans basées sur l'auto-détermination et la diversité de genre (M).
1.2.2.2.	Nombre de personnes prises en charge	1	4	Trans incluant la diversité de genre (4)	10/126 (7,9 %) ; Identique (1).	Retrait des limites et sous-estimations des données (M).
1.2.2.3.	Nombre de séjours hospitaliers pour transsexualisme	1	4	Trans incluant la diversité de genre (4)	25/204 (12,3 %) ; Identique (2).	-
1.2.2.4.Intro	Troubles ou problèmes associés	-	5*	Affection liée à la santé sexuelle (5)	37/37 (100,0 %) ; Réécrite (1).	Retrait de la notion de vulnérabilité psychosociale (M) ; Ajout du mésusage de produits (I).
1.2.2.4.HIV	Infection à VIH	4	6* ; 7	Trans excluant la diversité de genre (6) ; Trans incluant la diversité de genre (7)	0/325 (0,0 %)	Retrait des facteurs contextuels (M) ; Emphase sur le travail du sexe et le statut migratoire (I).
1.2.2.4.MH	Troubles de santé mentale	3	8 ; 9	Trans incluant la diversité de genre (8, 9)	21/172 (12,2 %) ; Tronquée (1).	Retrait des limites et sous-estimations des données (M) ; Retrait des facteurs contextuels (M) ; Minimisation du rôle des discriminations dans les problèmes de santé mentale (M) ; Emphase sur le risque de suicide vie entière, prenant en compte la période pré-transition (I) ; Emphase sur les problèmes de santé mentale (I) ; Emphase sur la légitimité de l'intervention psychiatrique systématique (I).
1.2.2.4.PSVul	Vulnérabilité psycho-sociale	2	10* ; 11* ; 4	Trans excluant la diversité de genre (10, 11) ; Trans incluant la diversité de genre (4)	88/130 (67,7 %) ; Paraphrasée (1), Tronquée (2).	Non-reprise des données françaises sur les discriminations (M) ; Retrait de l'impact sur les ruptures de vie et la vie affective (M) ; Retrait de la majoration des vulnérabilités chez les jeunes (M) ; Emphase des problèmes de santé mentale au détriment des discriminations et violences (I).

Table 1 : (Suite)

Sous-chapitre	Titre	Classe	Index des références	Cadres normatifs des références (index)	Similarités textuelles mots/total (%) ; catégories (n)	Stratégies d'intensification et de mitigation (M=mitigation ; I=Intensification)
1.2.4.1.HAS	Rapport de la HAS en 2009	5	12 ; 4 ; 4	Psychopathologie (12) ; Trans incluant la diversité de genre (4, 4)	196/637 (30,8 %) ; Paraphrasée (1), Tronquée (2), Réécrite (1).	Retrait des critiques de son rapport précédent (M) ; Retrait du caractère non-nécessaire des soins de santé mentale (M) ; Minimisation de l'auto-détermination, parentalité (M) ; Retrait des enjeux sociaux des chirurgies (M) ; Emphase sur la nécessité d'un délai de réflexion (I) ; Redéfinition de la transition comme un parcours de soins (I) ; Redéfinition des objectifs chirurgicaux en faveur de la normalisation binaire des corps (I).
1.2.4.1.IGAS	Définition du parcours de transition d'après le rapport de l'IGAS 2022	1	4 ; 4	Trans incluant la diversité de genre (4, 4)	157/190 (82,6 %) ; Paraphrasée (4).	Emphase sur la composante médicale de la transition (I).
1.2.4.1.MinP	Cas particulier des mineurs – Prévalence	3	13	Psychopathologie (13)	0/62 (0,0 %)	Retrait des définitions des jeunes trans basées sur l'auto-détermination et la diversité de genre (M) ; Définition psychopathologique des jeunes trans (I).
1.2.4.1.MinD	Cas particulier des mineurs – Troubles associés	3	14 ; 15* ; 16*	Psychopathologie (14, 15, 16)	0/138 (0,0 %)	Non-mention des biais et limites d'évaluation de la neurodiversité chez les jeunes trans (M) ; Effacement de la participation des jeunes trans (M) ; Emphase sur la neurodiversité psychopathologique (I) ; Emphase sur l'incertitude et le manque de données (I).
1.2.4.1.MinC	Cas particulier des mineurs – Accompagnement	2	4 ; 4	Trans incluant la diversité de genre (4, 4)	277/329 (84,2 %) ; Paraphrasée (5).	-
1.2.4.1.DeTrans	Détransitions	-	-	-	10/25 (40,0 %) ; Paraphrasée (1).	Retrait des éléments de bénéfice/risque et de l'auto-détermination (M) ; Emphase sur les risques (I) ; Ne pas respecter les parcours établis est un risque (I) ; Emphase sur l'incertitude et le manque de données (I).

Table 1 : (Suite)

Sous-chapitre	Titre	Classe	Index des références	Cadres normatifs des références (index)	Similarités textuelles mots/total (%) ; catégories (n)	Stratégies d'intensification et de mitigation (M=mitigation ; I=Intensification)
1.2.4.2.	Organisation de la prise en charge	1	4	Trans incluant la diversité de genre (4)	218/230 (94,8 %) ; Paraphrasée (3), Tronquée (3).	Retrait des discriminations dans les remboursements (M) ; Retrait des critiques de son rapport précédent (M) ; Redéfinition des objectifs chirurgicaux en faveur de la normalisation binaire des corps (I).
1.2.4.3.	Difficultés d'accès aux soins	1	4	Trans incluant la diversité de genre (4)	126/133 (94,7 %) ; Identique (3), Tronquée (1).	Simplification des enjeux d'organisation des soins en discrimination (M) ; Effacement des enjeux spécifiques au profit de la santé globale (M).
1.2.5.1.	Lois	-	-	-	165/165 (100,0 %) ; Paraphrasée (1), Tronquée (1).	Retrait des éléments politiques de l'évolution du cadre législatif (M).
1.2.5.2.	CCAM	1	-	-	36/63 (57,1 %) ; Paraphrasée (1).	-
1.3.	Enjeux	1	-	-	0/71 (0,0 %).	-
1.4.1.	Population concernée	-	-	-	0/34 (0,0 %).	-
1.4.2.	Professionnels concernés	6	-	-	0/46 (0,0 %).	-
1.5.	Objectifs	-	-	-	0/21 (0,0 %).	-
1.6.	Délimitation du thème/questions à traiter	1	-	-	0/245 (0,0 %).	-
2.1.	Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet	6	-	-	0/156 (0,0 %).	-
2.2.1.	Groupe de travail	6	-	-	0/96 (0,0 %).	-
2.2.2.	Groupe de lecture	6	-	-	0/60 (0,0 %).	-
2.3.	Productions prévues	6	-	-	0/15 (0,0 %).	-
A1.Gloss	Glossaire	4	-	-	0/179 (0,0 %).	Absence de reprise des éléments du glossaire dans le document malgré l'importance du langage en santé trans (M).

Suite

Table 1 : (Suite)

Sous-chapitre	Titre	Classe	Index des références	Cadres normatifs des références (index)	Similarités textuelles mots/total (%) ; catégories (n)	Stratégies d'intensification et de mitigation (M=mitigation ; I=Intensification)
A2.HAS	Présentation schématique de HAS, 2009	5	12	Psychopathologie (12)	0/211 (0,0 %).	Retrait de l'évaluation des diagnostics différentiels psychopathologiques dans la présentation de son travail antérieur (M).
A3.DeTrans	Détransition	4	17* ; 18* ; 19*	Psychopathologie (17, 19) ; Trans incluant la diversité de genre (18)	0/394 (0,0 %).	Absence de reprise des discussions conceptuelles autour de la transition ou du regret (M) ; Ne pas respecter les parcours établis est un risque (I) ; Emphase sur l'association entre détransition et autres populations vulnérables (I).

\* Ces références ne sont pas présentes dans le rapport de l'IGAS [22].

« prévalence » et « troubles associés » [37]. Les concepts mobilisés par la HAS diffèrent également de ceux du rapport de l'IGAS, par exemple : l'IGAS met en avant l'expertise de la personne trans et la dimension sociale centrale de la transition, à ce titre les chirurgies d'affirmation de genre sont centrées sur le visage et le torse ; la HAS définit les chirurgies de réassignation comme génitales et mammaires, sur la base de critères normatifs de correction d'une infirmité des caractéristiques sexuelles.

Enfin, plus d'un quart du document analysé contient du contenu institutionnel (classes 5 et 6). La HAS réécrit son histoire dans un long sous-chapitre et une annexe dédiée (classe 5). Pour autant, la partie portant sur la méthode de travail (classe 6), et notamment la participation des communautés, n'a pas fait l'objet d'une attention particulière et les personnes trans n'y sont mentionnées que comme usagers. Les communautés trans se distinguent notamment par une forte participation communautaire et de nombreuses initiatives de terrain alliant savoirs professionnels et communautaires [6, 22, 41]. Pour autant, la HAS a anticipé les catégories professionnelles et usagères comme hermétiques et opposées, et le processus participatif comme satisfait avec 5 places prévues pour les personnes trans dans le futur groupe de travail, face à 16 à 17 places professionnelles. Si la HAS a choisi de reprendre son ancienne formulation sur la santé reproductive pour en intensifier les risques, elle a aussi considéré que la présence de « 1 médecin de la fertilité et de la reproduction » [37] n'était pas pertinente, alors que les personnes trans sont à ce jour absentes des politiques publiques en la matière [24]. De même, si la HAS a réécrit le paragraphe sur le VIH, il n'est pas situé au regard de la stratégie ONUSIDA 95-95-95 [57], et cette expertise n'est pas représentée dans le groupe de travail, mais dans sa relecture qui « comprendra en plus : des infectiologues » [37]. Groupe de travail qui inclut par ailleurs 3 professions de santé mentale, 3 professions de l'enfance – alors que « la population cible est celle des personnes de plus de 16 ans » [37], la médecine du sport, et la sociologie. Cette liste n'est pas représentative de l'élaboration d'une politique de santé à destination d'une population marginalisée [12, 58, 59], en situation de vulnérabilités multifactorielles et intersectionnelles [12, 14], et discriminée dans le système de santé [12, 36, 59], qui intervient en réponse à de multiples condamnations internationales d'atteintes aux droits fondamentaux [35], dans un contexte de transformations épistémiques majeures et intégrées dans un changement paradigmatique central au développement des approches de santé publique [27, 30, 40].

La HAS a refusé de nous informer sur les expertises consultées pour l'élaboration du document. À notre connaissance,

seule l'association TRANS SANTÉ France – anciennement SoFECT, société savante professionnelle [60] – a communiqué à de multiples reprises sur sa participation à trois rencontres préliminaires à l'élaboration de cette note de cadrage au côté d'autres associations. L'opacité quant aux participant-es et le refus de la HAS de communiquer sur sa méthodologie [39, 42] ne participent pas à faciliter la compréhension. S'il est certain que l'élaboration des politiques de santé doit faire intervenir un arbitrage, celui qui transparait de la construction du document évoque l'élaboration d'un consensus politique qui s'affranchirait des normes scientifiques. La définition de la population cible n'est ni celle utilisée dans les références internationales, ni conservée au long du document, ni partagée ou cohérente avec les références mobilisées. Les droits humains ne sont pas évoqués alors qu'ils sont à la source même de la dépsychopathologisation qui justifie le travail [5]. Les références scientifiques n'ont pas fait l'objet d'une recherche systématique et sont *cherry picked* au service de l'argumentation. Le travail d'une autre institution est modifié sans que ces modifications ne soient apparentes.

Les résultats de cette analyse n'ont trouvé aucun élément pouvant soutenir l'idée que les communautés trans auraient un impact sur l'indépendance de la HAS. À l'inverse, nos résultats de recherche viennent questionner directement l'indépendance de l'institution dans ses arbitrages politiques au regard de son statut d'institution scientifique. Le document produit ne s'inscrit pas dans la littérature scientifique [12-14, 59], les besoins de santé exprimés par les communautés [61, 62], ou les principes de la charte d'Ottawa [63] – référence normative mobilisée par TRANS SANTÉ France dans sa présentation [60]. Au-delà du caractère scientifique de l'institution, nos résultats interrogent la reconnaissance et le respect du caractère normatif des droits humains par l'état français, qui est absent de la demande ministérielle initiale [22, 37] et des politiques publiques menées depuis [24]. À la suite de ce travail, nous souhaitons interroger la vraisemblance d'intégrer la santé publique dans les politiques publiques [27, 30, 40] si ses bases conceptuelles restent à acquérir 76 ans après leur promulgation [29].

La taille et la complexité forment une limite centrale de cette recherche et interrogent la dynamique scientifique en santé publique : peut-on vraisemblablement considérer contribuer à rendre effectif le droit des populations au meilleur état de santé possible quand le travail de critique dépasse celui de production ? Si des auteurs et autrices pointent le rôle de la complexification artificielle des discours dans l'exercice du pouvoir [64], cela réinterroge nos méthodologies et processus de recherche, et plus largement l'enjeu de la communication scientifique.

Dans une perspective de critique prospective [46] où l'analyse critique est un outil d'amélioration des pratiques, nous avons synthétisé sur la base de nos résultats quelques recommandations qui nous sont apparues simples et nécessaires pour l'élaboration des politiques publiques de santé trans (encart 1).

### Encart 1 – 5 recommandations pour l'élaboration des politiques publiques de santé trans

**O.** Utiliser une définition claire et précise de la population cible, qui sera conservée tout le long du document et mobilisée comme norme. Les autrices recommandent une définition issue de la santé communautaire, respectueuse des personnes et des droits humains tels que définis par l'Organisation des Nations Unies.

*Par exemple, dans cet article nous avons défini les personnes trans comme les personnes exerçant leur droit fondamental à l'autodétermination et mobilisé le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible. Dans les enjeux de santé publique, nous avons utilisé la définition de communauté issue de la déclaration d'Alma Ata.*

**1.** Définir les cadres normatifs dans lesquels s'inscrivent le travail, de préférence en citant des normes ou travaux de référence. Les autrices recommandent de s'appuyer sur la définition de la santé de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'agenda pour le développement durable à l'horizon 2030, et les stratégies internationales de santé publique, à l'exemple de la stratégie ONUSIDA 95-95-95.

*Par exemple, s'appuyer sur les travaux et rapports communautaires européens, notamment ceux de Transgender Europe dont l'expertise est notamment reconnue par le Conseil de l'Europe ou l'Union Européenne.*

**2.** Définir et respecter des normes bibliographiques, de citation, et d'autorat.

*Par exemple, utiliser la norme de Vancouver, les guillemets de citation, et initier une réflexion sur la position institutionnelle sur le droit d'auteur au regard des enjeux de démocratie et de science ouverte.*

**3.** Définir les enjeux de santé à partir des besoins des communautés, que ce soit par leurs contributions scientifiques ou leur participation active, dans le cadre des recommandations internationales en matière de santé, sécurité des soins, et démocratie participative.

*Par exemple, réaliser un inventaire des productions communautaires, puis impliquer les parties prenantes au regard de leur expertise réelle en lieu de leur pouvoir institutionnel.*

**4.** Rééquilibrer les enjeux de pouvoir au sein du processus d'élaboration afin de ne pas reproduire les injustices épistémiques et leurs impacts sur les iniquités de santé.

*Par exemple, en considérant les conflits d'intérêts, au-delà de leur seule dimension économique, comme inhérents à la publication de recommandations de bonne pratique, de même que les enjeux de pouvoir dans les productions participatives. En santé trans, si des recommandations de bonnes pratiques sont attendues, c'est que les pratiques actuelles ne le sont pas.*

## Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Gender incongruence and transgender health in the ICD [En ligne]. Genève : Organisation Mondiale de la Santé; n.d. [Cité le 13 avril 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>
2. Esquirrol E. Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Vol. 1. Paris : J. B. Baillière ; 1838. 862 p.
3. Baleige A, Guernut M. Constructing a new epistemology of transgender persons: Impact of gender studies on mental health ideologies [En ligne]. Implications Philosophiques. 2021 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.implications-philosophiques.org/constructing-a-new-epistemology-of-transgender-persons-impact-of-gender-studies-on-mental-health-ideologies/>
4. Organisation des Nations Unies. La Déclaration universelle des droits de l'homme. Paris : Organisation des Nations Unies ; 1948. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
5. Castro-Peraza ME, García-Acosta JM, Delgado N, Perdomo-Hernández AM, Sosa-Alvarez MI, Llabrés-Solé R, et al. Gender Identity: The Human Right of Depathologization [En ligne]. Int J Environ Res Public Health 2019;16(6):978 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/ijerph16060978>.
6. Transgender Europe. Guidelines to a human rights-based trans-specific healthcare. Berlin : Transgender Europe ; 2019. 20 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.tgeu.org/files/uploads/2023/12/TGEU-Guidelines-to-Human-Rights-Based-Trans-specific-Healthcare-EN.pdf>
7. Robles R, Keeley JW, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Sharan P, et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures [En ligne]. International Journal of Clinical and Health Psychology 2022;22(1):100281 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100281>.
8. Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, Chouchane S, Martin M-J, Robles-García R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study [En ligne]. European Psychiatry 2019;59:8-14 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005>.
9. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale [En ligne]. Lancet Psychiatry 2016;3:297-304 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6).
10. Cabral M, Suess A, Ehrst J, Seehole TJ, Wong J. Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: a human rights perspective [En ligne]. Lancet Psychiatry 2016;3(5):405-6 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30043-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30043-8).
11. Baleige A, Guernut M, Denis F. Trans Expertise and the Revision and Translation of ICD-11: An Analysis of Available French Data from a Trans Perspective [En ligne]. Int J Environ Res Public Health 2022;19(19):11983 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/ijerph191911983>.

12. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review [En ligne]. *The Lancet* 2016;388(5):412-36 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X).
13. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 [En ligne]. *Int J Transgend Health* 2022;23:S1-259 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.
14. Scheim AI, Rich AJ, Zubizarreta D, Malik M, Baker KE, Restar AJ, et al. Health status of transgender people globally: A systematic review of research on disease burden and correlates [En ligne]. *PLoS One*. 2024 ;19(3):e0299373 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299373>.
15. Fricker M, Jenkins K. Epistemic Injustice, Ignorance, and Trans Experiences. In: Garry; Khader; & Stone, editor. *Londres : Routledge Companion to Feminist Philosophy* ; 2017. 735 p.
16. Organisation Mondiale de la Santé. *Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 1978.
17. Organisation mondiale de la Santé. *Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all*. 2016. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>
18. Cabral Grinspan M, Carpenter M, Ehrt J. *The Yogyakarta Principles plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. Genève : International Commission of Jurists ICJ ; 2018. 88 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5\\_yogyakartaWEB-2.pdf](https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf)
19. International Commission of Jurists. *Yogyakarta principles: the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. 2007. Yogyakarta : s.n. ; 2006. 37 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles\\_fr.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_fr.pdf)
20. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)* [En ligne]. United Nations Enable. n.d. [Cité le 29 janvier 2019]. Disponible sur : <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-right-s-of-persons-with-disabilities.html>.
21. Serano J. *Julia's trans, gender, sexuality, & activism glossary!* [En ligne]. 2016 [Cité le 24 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.juliaserano.com/terminology.html>.
22. Picard H, Jutant S. *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*. Paris : Inspection générale des Affaires sociales ; 2022. 98 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans>
23. Alessandrini A, Meidani A. *Santé des personnes non binaires : de quoi parle-t-on ?* [En ligne] *Santé Publique (Paris)*. 2023;34(HS2):97-102 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0097>.
24. Baleige A. *Cadre d'action de promotion de la santé reproductive : analyse critique lexicométrique et trans des politiques publiques françaises contemporaines* [En ligne]. *Santé Publique (Paris)*. 2024;36(1):73-80 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.241.0073>.
25. Beaulieu M. *Pandémie de COVID-19 : appel à l'engagement des universitaires dans l'espace public* [En ligne]. *Santé Publique (Paris)*. 2022;33(6):829-33 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.216.0829>.
26. Henrard JC, Arborio S, Fond-Harmant L, Kane H. *Santé publique les réponses aux défis de la pandémie de la COVID-19* [En ligne]. *Santé Publique (Paris)*. 2021;33(6):785-8 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.216.0785>.
27. Breton H, Lafitte J. *Savoir agir en situation pandémique : vers un agenda de recherche* [En ligne]. *Santé Publique (Paris)*. 2021;33(6):793-802 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.216.0793>.
28. Skinner SR, McLamore Q, Donaghy O, Stathis S, Moore JK, Nguyen T, et al. *Recognizing and responding to misleading trans health research* [En ligne]. *Int J Transgend Health*. 2024;25(1):1-9 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2289318>.
29. Organisation mondiale de la Santé. *Constitution of the World Health Organization*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 18 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>
30. Cambon L, Castel P, Couteron JP, Ghozi L El, Gerbaud L, Girard V, et al. *Passer d'une politique de santé publique à une santé publique politique : proposition du groupe miroir pour un virage paradigmatique* [En ligne]. *Santé Publique (Paris)*. 2022;34(1):5-8 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.221.0005>.
31. One Health High-Level Expert Panel. *The One Health Definition and Principles Developed by OHHLEP : Translations*. 2023. 5 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/m/item/one-health-definitions-and-principles>
32. Basset B, Daimé P. *Les puffs, révélateurs de l'indécision gouvernementale*. *Santé Publique (Paris)*. 2023;35(5):35-8 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-5-page-35?lang=fr>
33. Vergnes J-N, Azogui S. « Santé Publique Orale » : contexte, enjeux et perspectives [En ligne]. *Santé Publique (Paris)*. 2023;35(HS1):9-16 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.hs1.2023.0009>.
34. Gandré C, Moreau D, Coldefy M, Ben Dridi I, Morel S. *Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives* [En ligne]. *Santé Publique (Paris)*. 2022;34(5):613-9 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.225.0613>.
35. Loiry M-M, Deshoulières É. *Droits et libertés des personnes transgenres : Guide pratique et modèles d'actes*. Paris : 2021. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.dilcrah.gouv.fr/ressources/guide-droits-et-libertes-des-personnes-transgenres>
36. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. *Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité des droits*. Paris, La documentation française : 2022 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.cncdh.fr/publications/rapport-orientation-sexuelle-identite-de-genre-intersexuation-de-legalite-leffectivite>
37. Haute Autorité de Santé. *Parcours de transition des personnes transgenres : note de cadrage*. Paris, Haute Autorité de Santé : 2022. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3367504/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367504/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-note-de-cadrage)
38. Haute Autorité de Santé. *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*.

- France : 2009 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france](https://www.has-sante.fr/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france)
39. Haute Autorité de Santé. Parcours de transition des personnes transgenres : la HAS prend acte du jugement du tribunal administratif [En ligne]. Paris, Haute Autorité de Santé : 2024 [Cité le 12 avril 2024]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3496953/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-la-has-pren-d-acte-du-jugement-du-tribunal-administratif](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3496953/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-la-has-pren-d-acte-du-jugement-du-tribunal-administratif).
  40. Denis F, Rusch E. Lettre ouverte au président de la République : plaidoyer pour la santé publique [En ligne]. Santé Publique (Paris). 2022;34(2):165-7 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.22.0165>.
  41. Baleige A, Guernut M, Denis F. Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire [En ligne]. Santé Publique (Paris). 2023;34(HS2):197-211 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0197>.
  42. Haute Autorité de Santé. Parcours de transition des personnes transgenres: la HAS dépose un pourvoi en cassation [En ligne]. Paris, Haute Autorité de Santé : 2024 [Cité le 12 avril 2024]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3499903/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-la-has-depose-un-pourvoi-en-cassation](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3499903/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-la-has-depose-un-pourvoi-en-cassation).
  43. Collectif. Mineurs transgenres : « Aujourd'hui, la menace d'interdire les transitions médicales et chirurgicales s'intensifie » [En ligne]. Le Monde. 31/03/2024 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/03/31/mineurs-transgenres-aujourd-hui-la-menace-d-interdire-les-transitions-medicales-et-chirurgicales-s-intensifie\\_6225228\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/03/31/mineurs-transgenres-aujourd-hui-la-menace-d-interdire-les-transitions-medicales-et-chirurgicales-s-intensifie_6225228_3232.html).
  44. Fernandes M, Heflich A. Stress-testing to promote the resilience of EU policies [En ligne]. Bruxelles, European Parliamentary Research Service : 2023 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS\\_STU\(2023\)734710](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_STU(2023)734710).
  45. Fairclough N. Language and power. 3rd ed. Abingdon, Oxon: Routledge; 2015.
  46. Reisigl M, Wodak R. The Discourse-Historical Approach (DHA). The Routledge handbook of critical discourse studies, Oxford: Routledge; 2017. 637 p.
  47. Organisation des Nations Unies. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 70/1. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development – A/RES/70/1. 2015 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://docs.un.org/A/res/70/1>
  48. Rose D. Survivor-produced knowledge. In: Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D, editors. This is survivor research, Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009:38-43.
  49. Van Leeuwen T. Genre and field in critical discourse analysis: a synopsis analysis: a synopsis. *Discourse & Society*. 1993;4(2):192-223. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0957926593004002004>
  50. Lupton D. Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness [En ligne]. *Aust J Public Health*. 1992;16(2):145-50 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1992.tb00043.x>.
  51. Widdowson HG. Discourse analysis: a critical view [En ligne]. *Language and Literature: International Journal of Stylistics* 1995;4(3):157-72 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/096394709500400301>
  52. Scholz R. Lexicometry: A Quantifying Heuristic for Social Scientists in Discourse Studies [En ligne]. In: Macmillan P, editor. *Quantifying Approaches to Discourse for Social Scientists*, Suisse : Cham : 2019 [Cité le 13 février 2025] : 123-53. Disponible sur : [https://doi.org/10.1007/978-3-319-97370-8\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-97370-8_5).
  53. Reinert M. Système A.L.C.E.S.T.E. : une méthodologie d'analyse des données textuelles présentée à l'aide d'une application. *Journées de l'Analyse Des Données Textuelles*. Barcelone : 1989.
  54. Camargo BV, Justo AM, Forte T. Iramuteq: R Interface for Multidimensional Analysis of Texts and Questionnaires. 2016. 35 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [http://iramuteq.org/documentation/fichiers/IRaMuTeQ%20Tutorial%20translated%20to%20English\\_17.03.2016.pdf](http://iramuteq.org/documentation/fichiers/IRaMuTeQ%20Tutorial%20translated%20to%20English_17.03.2016.pdf)
  55. Shahabi M. Comparing Three Plagiarism Tools (Ferret, Sherlock, and Turnitin). *International Journal of Computational Linguistics* 2012;3(1):53-66 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.cscjournals.org/manuscript/Journals/IJCL/Volume3/Issue1/IJCL-33.pdf>
  56. Lane PCR, Lyon CM, Malcolm JA. Demonstration of the Ferret Plagiarism Detector. *Proceedings of the Second International Plagiarism Conference*. 2006.
  57. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. Genève : UNAIDS ; 2023. 193 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>
  58. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society [En ligne]. *The Lancet*. 2016;388(10042):390-400 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8).
  59. Hughto JMW, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions [En ligne]. *Soc Sci Med*. 2015;147:222-31 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>.
  60. Wikipédia. FPATH. Wikipédia. n.d. [Cité le 14 avril 2024]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/FPATH>.
  61. Reisner S, Keatley JA, Baral S. Transgender community voices: a participatory population perspective [En ligne]. *The Lancet*. 2016;388(10042):327-30 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30709-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30709-7).
  62. LeBlanc M, Radix A, Sava L, Harris AB, Asquith A, Pardee DJ, et al. "Focus more on what's right instead of what's wrong:" research priorities identified by a sample of transgender and gender diverse community health center patients [En ligne]. *BMC Public Health*. 2022;22:1741 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14139-z>.
  63. Organisation mondiale de la Santé. Promotion de la santé : Charte d'Ottawa. Ottawa : Organisation mondiale de la Santé – Bureau régional de l'Europe ; 1986. 6 p. [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/349653>
  64. van Dijk TA. *Critical Discourse Studies: A Sociocognitive Approach*. In: Wodak R, Meyer M, editors. *Methods of Critical Discourse Analysis* [En ligne]. 2nd ed., Londres : SAGE; 2009:62-86.
  65. Ashley F. « Rapid-Onset Gender Dysphoria » – Un commentaire critique [En ligne]. *GLAD!*. 2022;13 [Cité le 13 février 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.4000/glad.5756>.