Être, ou ne pas être ? Le rôle de l'inconscient dans la transition transgenre : identité, autonomie et le bien-être



Alessandra Lemma,1 Julian Savulescu 2,3,4

1Professeur invité, Unité de psychanalyse, University College London, Londres, Royaume-Uni 2Faculté de philosophie, Université d'Oxford, Oxford, Royaume-Uni 3Groupe de recherche en éthique biomédicale, Murdoch Childrens Research Institute, Parkville, Victoria, Australie

4Melbourne Law School, Université de Melbourne, Melbourne, Victoria, Australie

**Correspondance avec**

Professeur Julian Savulescu, Faculté de philosophie, Université d'Oxford, Oxford OX1 2JD, Royaume-Uni ; julian.savulescu@philosophy. ox.ac.uk

Reçu le 25 mars 2021

Accepté le 25 juin 2021



© Auteur(s) (ou leur(s) employeur(s)) 2021. Réutilisation autorisée sous CC BY. Publié par BMJ.

**A citer :** Lemma A, Savulescu J. *J Med Ethics* Epub ahead of print : [veuillez inclure le jour, le mois et l'année]. doi:10.1136/

medethics-2021-107397

# RÉSUMÉ

L'augmentation exponentielle de l'auto-identification transgenre invite à s'interroger sur ce qui constitue une réponse éthique aux demandes des personnes transgenres quant à la meilleure façon de promouvoir leur bien-être. Dans cet article, nous soutenons que " l'acceptation " d'une demande de transition médicale dans le but de promouvoir le bien-être serait dans le meilleur intérêt de la personne si, au moment de la demande, l'individu est correct dans son auto-diagnostic de transgenre (c'est-à-dire que la détresse ressentie comme résidant dans le corps ne résulte pas d'un autre problème psychologique et/ou sociétal) de sorte que les interventions médicales qu'il sollicite l'aideront à réaliser ses préférences. Si nous ne pouvons pas le supposer - et nous suggérons que nous avons des motifs raisonnables de remettre en question une acceptation sans réserve dans certains cas - alors l'"acceptation" va potentiellement à l'encontre des intérêts supérieurs. Nous proposons une distinction entre l'"acceptation" et l'exploration respectueuse et approfondie des revendications d'un individu sur ce qui favorise son bien-être. Nous discutons de la pertinence éthique de l'esprit inconscient aux considérations d'autonomie et de consentement dans le travail avec les personnes transgenres. Nous suggérons qu'une position inquisitrice soutient le choix autonome sur la façon de réaliser une forme incarnée qui soutient le bien-être en permettant à l'individu de considérer les facteurs conscients et inconscients qui façonnent les souhaits et les valeurs, et donc les choix.

INTRODUCTION : DÉFINITIONS ET OBJECTIFS

Le nombre de demandes de services d'identité de genre (GID) au Royaume-Uni a augmenté de façon exponentielle.1 2 Cette augmentation a mis en évidence les défis considérables auxquels sont confrontés les individus qui s'identifient comme transgenres. Elle a également suscité des inquiétudes quant à la manière dont les objectifs louables des soins d'affirmation du genre pourraient conduire trop rapidement les enfants et les jeunes à une transition médicale, ce qui les amènerait ensuite à souhaiter une détransition, avec toutes les complications physiques et psychologiques que cela implique.

Une récente décision historique au Royaume-Uni illustre ce phénomène. Au Royaume-Uni, le traitement des patients de moins de 18 ans présentant une dysphorie de genre est proposé par le service de développement de l'identité de genre de la clinique Tavistock. En décembre 2020, une ancienne patiente qui a commencé à prendre des bloqueurs de puberté à l'âge de 16 ans, avant de détransitionner par la suite, et le parent d'une jeune fille autiste de 15 ans qui était sur la liste d'attente pour un traitement, ont porté plainte avec succès contre le service. La décision de la Haute Cour a estimé que les patients de moins de 16 ans devaient être considérés comme n'ayant pas la capacité de consentir à de telles interventions. Ceci pour deux raisons : premièrement - et c'était le principal argument - les enfants qui n'ont pas encore atteint la puberté ne sont pas en mesure de comprendre correctement les "implications médicales, psychologiques et émotionnelles à vie" de la prise de bloqueurs de puberté et d'hormones transsexuelles ; et deuxièmement, la nature expérimentale des bloqueurs de puberté en particulier, avec des effets secondaires inconnus potentiellement importants et peu de preuves de bénéfices à long terme.3 Dans la pratique, cet arrêt interdit désormais la prescription de suppresseurs de puberté sans décision de justice. En pratique, cette décision interdit désormais la prescription de suppresseurs de puberté sans ordonnance judiciaire. Cette décision particulière est en passe d'être contestée par le GID. Une décision de justice plus récente, datant de 2021, permet la prescription de ces médicaments à condition qu'il y ait un consentement parental. Ces interventions médicales continuent d'être pratiquées dans de nombreux autres pays. Ces cas invitent à s'interroger sur ce qui constitue une réponse éthique aux revendications consciemment exprimées par les personnes transgenres sur la meilleure façon de promouvoir leur bien-être.

Compte tenu de l'hétérogénéité des identités et des expériences transgenres4, il est important de clarifier les définitions et le champ d'application. Dans le présent document, nous nous concentrons uniquement sur les personnes transgenres binaires et non binaires qui souhaitent effectuer une transition médicale (par le biais d'hormones transsexuelles et/ou d'une chirurgie de réassignation sexuelle) afin de minimiser leur détresse due à l'incongruité ressentie entre leur corps natal (et le sexe qui leur a été attribué à la naissance) et le corps qu'elles pensent être conforme à leur genre d'(auto-)identification. Dans le cadre de cette étude, nous ne nous intéressons pas au groupe plus précisément décrit comme "non-conforme au genre" qui ne recherche souvent qu'une transition médicale partielle ou nulle. Cependant, le groupe qui se présente pour une transition médicale comprendra inévitablement des personnes non-conformes au genre qui considèrent qu'elles ont besoin d'une transition complète. Nous ne limitons pas la discussion à un groupe d'âge particulier, sauf lorsque cela est spécifié. Nous examinerons dans quelle mesure les forces inconscientes peuvent miner l'autonomie et cet argument s'applique aussi bien aux enfants qu'aux adultes.

Nous soutenons que "l'acceptation" d'une demande de transition médicale dans le but de promouvoir le bien-être serait dans l'intérêt de la personne si, au moment de la demande, l'individu est correct dans son auto-diagnostic de transgenre (c'est-à-dire que la détresse ressentie dans le corps ne résulte pas d'un autre problème psychologique et/ou sociétal), de sorte que les interventions médicales qu'il demande l'aideront à réaliser ses préférences. Si nous ne pouvons pas le supposer - et nous suggérons que nous avons des raisons valables de remettre en question une acceptation sans réserve dans certains cas - alors l'"acceptation" va potentiellement à l'encontre des intérêts supérieurs. Ce point est important car le clinicien traitant est également tenu de poser un diagnostic de "dysphorie de genre", s'il opère selon le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition), et il doit donc confirmer ou valider l'auto-diagnostic du patient. Une telle formulation clinique doit prendre en compte les facteurs inconscients ainsi que ceux qui sont articulés consciemment par le patient. Nous proposons une distinction entre "l'acceptation" (utilisée ici de manière interchangeable avec le mandat actuel dans les soins de santé pour une approche "d'affirmation du genre"), et l'exploration respectueuse et approfondie des revendications d'un individu sur ce qui favorise son bien-être. Nous discutons de la pertinence éthique de l'inconscient pour les considérations d'autonomie et de consentement dans le travail avec les personnes transgenres. Nous suggérons qu'une position inquisitrice soutient le choix autonome sur la manière de réaliser une forme incarnée qui soutient le bien-être en permettant à l'individu de considérer les facteurs conscients et inconscients qui façonnent les souhaits et les valeurs, et donc les choix.

La relation entre l'autonomie et les meilleurs intérêts (tels que conçus comme le bien-être) est compliquée et contestée. L'un d'entre nous (JS) conçoit l'autonomie comme étant constituée de nos désirs ou valeurs rationnels.5 Cette conception est distincte de celle du bien-être, qui peut être conçue de manière objective ou subjective. Dans une conception purement objective du bien-être (approche de la liste objective)6 , le bien-être et l'autonomie peuvent se distinguer. Par exemple, les gens peuvent désirer de manière autonome leur propre bien inférieur, par exemple, les Témoins de Jéhovah qui refusent les transfusions sanguines qui peuvent leur sauver la vie. Certains philosophes considèrent l'autonomie comme l'un des éléments d'une liste d'objectifs.6 Dans cette optique, ce qu'une personne désire fortement de manière autonome sera dans son intérêt. D'autres tiennent un compte purement subjectif du bien-être qui fusionne l'autonomie et le bien-être (intérêts).

Heureusement, pour cet article, nous n'avons pas besoin de résoudre cette question. Dans le cas de la dysphorie de genre, l'exactitude de l'appréciation qu'une personne a de son propre moi, de son identité et de ses valeurs (qui constituent son autonomie) sera fortement déterminante pour ses intérêts. Par exemple, les relations personnelles profondes constituent l'un des éléments d'une liste objective.6 7 Une mauvaise compréhension de la nature de ses propres relations compromettra à la fois son autonomie et ses intérêts. Nous nous concentrerons sur l'autonomie qui, dans ce cas, aura des implications pour l'intérêt supérieur de la personne souffrant de dysphorie de genre.

LES MÉRITES ET LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE POSITIVE DU GENRE

La question de savoir si nous devons " accepter " les revendications des personnes transgenres quant à ce qui favorisera leur bien-être peut être abordée sous deux angles : l'un plus évident, généralisable, mais non moins important, et l'autre, plus varié et ne permettant donc aucune généralisation. Nous aborderons d'abord la lecture la plus évidente avant d'explorer une lecture plus complexe de l'"acceptation".

L'étymologie de "accepter" est le latin accipere qui signifie "recevoir, laisser entrer, admettre, entendre, apprendre".8 Il dénote une volonté de prendre en compte le récit d'une autre personne, de lui donner une légitimité, mais pas nécessairement de l'accepter comme vrai ou supérieur à un récit alternatif. La prise de décision éthique concernant toute intervention médicale comportant des risques et des avantages potentiels s'inscrit toujours dans une matrice relationnelle dans laquelle au moins deux personnes s'efforcent de décider si l'intervention est dans le meilleur intérêt du patient. Ce principe est au cœur de la plupart des modèles contemporains de la relation médecin-patient et représente un rejet du modèle médical historiquement dominant du paternalisme médical. Dans les années 1980 et 1990, le respect de l'autonomie du patient a gagné en importance en médecine. Mais cette prise de conscience s'est accompagnée d'une prise de conscience du fait que la médecine se préoccupe de promouvoir les meilleurs intérêts généraux du patient, tels que le bien-être, plutôt que la santé conçue de manière étroite comme l'absence de maladie. La médecine devenant de plus en plus complexe, avec de multiples options présentant des profils risques/avantages différents, il est devenu évident qu'il fallait comprendre les valeurs du patient pour identifier la meilleure option. Selon le modèle de prise de décision partagée, les patients fournissent les valeurs et les médecins les faits. Cependant, d'autres modèles accordent plus de poids au dialogue normatif, c'est-à-dire au dialogue sur ce qui devrait être fait, ce qui est bon et juste. Par exemple, le modèle libéral rationaliste exigeait des médecins et des patients qu'ils s'engagent dans un dialogue sur les normes et les valeurs, ainsi que dans un échange de faits, afin d'identifier ce qui favoriserait le mieux le bien-être de ce patient dans ce contexte particulier.9 C'est le patient qui est au courant de ses propres valeurs et des circonstances particulières de sa vie, de ses relations et de sa position dans la société. Cependant, il arrive que ses valeurs entrent en conflit et que ses valeurs doivent changer, par exemple, une personne qui désire de manière autonome maltraiter son partenaire. Selon le modèle libéral rationaliste, les médecins et les patients sont engagés dans un parcours commun pour répondre à la question : que doit faire le patient dans cette circonstance ?

Un engagement productif dans un processus de décision ne peut émerger que si le clinicien est prêt à "accepter", comme point de départ, que les revendications de la personne transgenre sont valables, ne serait-ce que dans la mesure où elles reflètent sa meilleure compréhension actuelle de sa situation difficile et sa conviction que c'est le corps qui doit changer pour améliorer son bien-être. Ce point peut sembler évident. Cependant, historiquement, les personnes transgenres ont eu le sentiment que leurs revendications ont été purement et simplement écartées et qu'elles ont fait l'objet d'une injustice épistémique.10 Cela a causé de la détresse et ajouté aux problèmes importants et à la stigmatisation auxquels les personnes transgenres ont dû faire face.

Selon nous, une composante essentielle de l'approche éthique de ce type de processus décisionnel devrait consister à " accepter " que la personne transgenre ait un point de vue unique sur ce qui peut faire une différence positive dans sa situation difficile.11 12 Malgré des changements significatifs dans la formation des professionnels de santé en faveur de la prise de décision partagée et de l'abandon du paternalisme, le risque demeure que le récit du patient sur ce qui le dérange et/ou ce dont il a besoin ne soit pas considéré comme ayant le même statut que le récit du clinicien. Ceci parce que, par exemple, le patient peut être considéré comme se trompant sur la nature du problème et/ou sur ce qui améliorera son bien-être.

C'est dans ce contexte que l'activisme actuel de la communauté transgenre a réussi à obtenir l'adoption d'une approche "positive du genre" dans les soins de santé. Dans le premier sens restreint de "accepter", ce changement de pratique ne peut être considéré que comme une évolution positive qui protège les individus des méfaits de l'injustice épistémique. Cependant, les soins fondés sur l'affirmation du genre ont récemment été interprétés par des sections influentes de la communauté transgenre comme interdisant toute forme de "questionnement" sur le genre déclaré de la personne et sur ce qui pourrait l'aider. Ce type d'"acceptation" est donc une proposition tout à fait différente qui repose sur des hypothèses méritant d'être examinées, ce à quoi nous allons maintenant nous intéresser.

Il convient de noter que Mill était le champion de la liberté et du respect de l'autonomie, qu'il appelait l'individualité. Il affirmait que nous devrions tous poursuivre notre propre "existence" originale et que "le libre développement de l'individualité est l'un des principaux éléments essentiels du bien-être".13 Chaque personne a un "accès privilégié" à sa propre nature et à sa propre situation. Mill a compris que les gens sont également corrigibles quant à ce qui est le mieux pour eux. En fin de compte, les patients peuvent avoir le droit de choisir une ligne de conduite particulière qui n'est pas la meilleure, par respect pour l'autonomie : "Si une personne possède une quantité tolérable de bon sens et d'expérience, son propre mode d'organisation de son existence est le meilleur, non pas parce qu'il est le meilleur en soi, mais parce que c'est son propre mode "13.

Cependant, cela ne doit pas court-circuiter un parcours commun pour tenter d'identifier ce qui est véritablement dans le meilleur intérêt de la personne. Selon le modèle rationaliste libéral, les médecins et les patients devraient parcourir ce chemin ensemble, même si à la fin le patient s'en va choisir une option légitime qui n'est pas la meilleure pour lui.

LE BIEN-ÊTRE ET LA TRANSITION MÉDICALE

L'individu transgenre, tel que défini ici, recherche généralement des interventions médicales qui lui permettront de réaligner son corps natal sur le genre d'identification afin de réduire sa détresse et d'améliorer ainsi son bien-être. La notion de bien-être a été mise en avant dans les considérations sur la question de savoir si les inter- ventions médicales sont globalement meilleures pour la personne transgenre. Le bien-être est devenu une devise conceptuelle importante dans les débats éthiques. Cependant, il n'y a pas d'accord général sur la définition du bien-être telle qu'elle apparaît dans les différents comptes rendus du bien-être (théories hédonistes, de satisfaction du désir, de liste objective).6 Plus récemment, une vision welfariste composite du bien-être a été proposée, qui inclut des éléments hédonistes, de satisfaction du désir et objectifs.6 14 Nous nous appuyons sur cette dernière conceptualisation car (A) elle nous pousse à considérer que le bien-être dépend des valeurs et des intérêts de l'individu, ce qui résonne avec les arguments avancés dans les débats par les personnes transgenres et (B) elle place utilement au centre le pluralisme des valeurs. Cette approche du bien-être met le plus clairement en évidence la tension entre l'autorité investie dans l'"expertise" médicale et psychologique sur ce qui rend la vie agréable et le droit de l'individu à choisir ce qu'il considère être son meilleur intérêt. Elle accorde également un poids considérable aux désirs de l'individu et à l'évaluation de ses propres intérêts.

Un principe fondamental de la bioéthique est que les patients doivent se voir proposer des interventions qui sont dans leur meilleur intérêt. Ce principe ne se limite plus à l'offre de traitements permettant de guérir un état médical ou psychologique, mais s'étend désormais aux interventions qui améliorent le bien-être psychologique et/ou social de la personne.14 Cette évolution nous invite à nous demander si une intervention telle que la transition médicale est, tout bien considéré, meilleure pour une personne si les avantages psychosociaux l'emportent sur les inconvénients physiques (par exemple, une intervention chirurgicale), améliorant ainsi le bien-être de cette personne.

Les valeurs des personnes sont au cœur du modèle welfariste. Les valeurs sont personnelles et subjectives, et parfois idiosyncratiques, de sorte que les décisions sur ce qui est le mieux ne peuvent être envisagées que sur une base individuelle. L'identité sexuelle en est un exemple : la façon dont on se sent dans son corps par rapport à son expérience idiosyncrasique du genre est un état subjectif12, de sorte qu'il serait très difficile de lui attribuer une valeur objective. Pour certaines personnes, les risques associés à la transition médicale sont jugés acceptables. À partir d'un tel point de vue subjectif (l'autonomie) et d'un compte composite welfariste du bien-être, il est possible d'avancer des arguments solides pour "accepter" les revendications de la personne transgenre sur ce qui améliorera sa vie.

Cependant, même si nous prenons l'accès privilégié de l'individu et ses revendications concernant son bien-être, au sens welfariste, comme un point de départ essentiel, nous devons encore établir que l'autodiagnostic est exact, de sorte que les interventions médicales sont plus susceptibles de produire les bénéfices escomptés. Si l'on prend l'exemple de la récente augmentation exponentielle du nombre de patients de moins de 18 ans qui se présentent pour la première fois à des services après la puberté en s'identifiant comme transgenres, nous disposons de quatre axes de recherche et de données qui invitent à examiner attentivement si l'auto-certification comme transgenre peut refléter d'autres problèmes psychologiques et/ou sociétaux :

1. L'identité transsexuelle dans l'enfance est très largement prédictive de l'orientation homosexuelle à l'âge adulte. Nous devons nous prémunir contre une thérapie de conversion sous un autre nom.15

2. Les enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA) sont disproportionnellement représentés dans les services de TIG.16 Étant donné que les personnes atteintes de TSA préfèrent des réponses sans équivoque, elles risquent davantage de persévérer dans une voie d'action définitive au lieu d'explorer d'abord les questions émotionnelles complexes entourant l'identité de genre, surtout à l'adolescence.

3. Les filles de naissance sont deux fois plus susceptibles d'être orientées vers les services GID.17 Cela nous pousse à étudier le rôle que les processus sociaux peuvent jouer dans la surreprésentation des filles.

4. Le nombre de personnes ayant subi une transition médicale qui regrettent leur transition est en augmentation et a conduit à la création au Royaume-Uni du Detransition Advocacy Network.18 Ces récits indiquent que certaines personnes considèrent qu'elles n'ont pas été suffisamment mises au défi pour explorer les raisons de leur désir de transition. Le récent procès contre le GID à la Tavistock Clinic en est un exemple.

Dans le contexte de ce qui a été appelé une "épidémie" d'identification transgenre19, les médecins ont deux devoirs moraux : (1) se méfier de la panique morale qui entoure actuellement la montée de l'identification transgenre et s'assurer que cela ne porte pas atteinte aux droits des personnes transgenres et (2) prendre en compte les pressions intrapsychiques, sociales et/ou culturelles qui peuvent inconsciemment influencer le choix individuel de la transition, sapant ainsi l'autonomie et le consentement. De même qu'il ne serait pas permis de pratiquer une mastectomie sur une personne qui s'est autodiagnostiquée comme ayant un cancer du sein alors qu'elle avait en fait un cancer de l'intestin, la chirurgie de réassignation sexuelle, par exemple, sur une personne qui s'identifie comme transgenre mais qui souffre peut-être d'une incapacité à accepter son homosexualité, ne serait pas autorisée.

On peut contester le fait que la médecine doive promouvoir l'autonomie lorsqu'elle va à l'encontre des meilleurs intérêts. Pour les besoins de l'argumentation, nous admettrons qu'elle devrait le faire, mais il n'en reste pas moins que ce que nous voulons peut ne pas être l'expression de notre autonomie. Quoi qu'il en soit, il est important de travailler avec le patient pour identifier d'abord ce qui est dans son meilleur intérêt.

AUTONOMIE, IDENTITÉ ET INCONSCIENT

Nous risquons de subir des dommages collatéraux si nous traitons toutes les personnes transgenres auto-certifiées comme un groupe homogène. Il est clair qu'au moins pour certaines personnes transgenres, la transition médicale ne conduit pas à une amélioration du bien-être et est associée à des regrets ultérieurs et/ou à des niveaux continus de détresse psychologique. Cela suggère que des affirmations conscientes, subjectivement ressenties à l'époque comme reflétant les souhaits de la personne, peuvent révéler par la suite que l'élan vers la transition médicale était motivé par d'autres facteurs inconscients qui ont miné l'autonomie de la personne et sa capacité à consentir pleinement, ainsi que sa capacité à évaluer son propre bien-être.

Les récits des personnes qui ont quitté leur domicile et qui ont regretté la décision de transition donnent à réfléchir, mais ils ne peuvent pas être considérés comme une preuve que la transition était la mauvaise décision, car les gens regrettent toujours leurs décisions. Nous ne pouvons pas entrer dans une discussion philosophique sur le regret, mais il suffit de dire que la possibilité d'un regret futur potentiel n'est pas un argument fort pour refuser le traitement. Le désir de prévenir les regrets du patient peut être contré en faisant appel à l'autonomie du patient, qui inclut le droit de prendre des décisions qu'il pourrait regretter plus tard. Le fait de ne pas effectuer la transition, pourrions-nous dire, pourrait également entraîner des regrets. Nous suggérons que, bien que la possibilité d'un regret futur soit une raison faible pour ne pas soutenir le souhait d'une personne d'effectuer une transition médicale, inviter le patient à réfléchir à la possibilité d'un regret ultérieur est une partie importante du processus décisionnel.

Le regret a une " structure temporelle complexe ".20 Ici, nous abordons le regret futur qui pourrait résulter de forces inconscientes opérant au moment où la décision est prise, comme nous l'illustrerons bientôt avec le cas (hypothétique) de Sam. Il convient de faire la distinction avec le regret qui pourrait se manifester plus tard en raison d'un changement de préférences d'une personne résultant d'expériences de développement ultérieures qui informent rétroactivement la compréhension de soi, l'identité et les valeurs. Le processus de réflexion sert à soutenir l'identification de divers moteurs conscients et inconscients afin de donner accès à une compréhension plus complète de soi et de ses valeurs. Cela n'implique pas nécessairement que le but de la psychothérapie est donc principalement ou uniquement de nous permettre d'identifier ce que nous avons "vraiment voulu depuis le début". Elle offre plutôt une perspective plus large pour évaluer ce qui est dans le meilleur intérêt de chacun à un moment donné.

Ce qui importe pour l'autonomie du patient, c'est l'intégrité du processus de prise de décision en matière de transition médicale, afin que les décisions du patient reflètent ses valeurs fondamentales, ses désirs et ses préférences. Cela nécessite une vision élargie de la façon dont nous concevons l'autonomie et le bien-être, qui inclut le rôle joué par les facteurs inconscients dans la prise de décision.

L'autonomie a été définie de diverses manières et l'examen de cette vaste littérature dépasse le cadre de cet article. Néanmoins, plusieurs définitions mettent l'accent sur deux caractéristiques de l'autonomie sur lesquelles nous nous concentrerons et que nous examinerons à travers le prisme psychanalytique : la "compréhension" et "l'absence d'influences contrôlantes "21 , qui ont une incidence sur la détermination des intérêts.

Une vision psychanalytique de la "compréhension" et de "l'absence d'influences contrôlantes".

Les décisions relatives à la transition médicale nécessitent l'accès à des données factuelles sur les risques associés à ces interventions et une compréhension de la pertinence personnelle de ces risques pour un individu donné. La "compréhension", telle que nous l'utilisons ici, ne se limite pas à la compréhension cognitive des faits médicaux, mais nous suggérons qu'elle devrait également inclure la compréhension de soi. Pour ce faire, il faut, comme l'a dit Freud, apprendre "d'abord à se connaître soi-même".22 Cela représente plus qu'une compréhension intellectuelle. La compréhension de soi, telle qu'elle est conceptualisée par la psychanalyse, consiste à réduire l'absence d'influences contrôlantes en élargissant le champ de notre conscience des déterminants inconscients de nos décisions. Par "influences contrôlantes", nous entendons, par exemple, l'impact des pressions familiales et/ou culturelles externes qui agissent implicitement sur notre esprit. Nous considérons également le contrôle exercé inconsciemment par des schémas répétitifs dans les relations avec les autres et en relation avec le "soi" qui dominent un individu en raison de ses expériences de vie et de ses structures de défense psychiques. Nous illustrerons cela brièvement en considérant le cas de Sam.

Ce que l'on entend par "compréhension de soi" en psychanalyse repose sur quelques hypothèses clés concernant l'esprit que nous allons exposer, sans les défendre, dans cet article (pour une discussion plus complète, voir23) :

1. Nous avons une vie mentale à la fois consciente et inconsciente. Les systèmes de signification comprennent donc les aspects conscients (c'est-à-dire verbalisables) et inconscients de l'expérience.

2. Nous avons tous une histoire de développement et une vie actuelle : toutes deux doivent être comprises si nous voulons nous comprendre et comprendre nos décisions.

3. L'histoire de notre développement est pertinente pour la compréhension de soi parce que nos attachements précoces contribuent aux modèles relationnels qui sont souvent implicites (c'est-à-dire qu'ils fonctionnent sans que nous en soyons conscients) et qui continuent à façonner le comportement dans le présent par l'activation implicite des représentations de soi et des autres. Ce "monde interne" de relations donne de la texture et de la couleur à chaque nouvelle situation que nous rencontrons dans le présent : les significations et les fantasmes inconscients façonnent le comportement, la pensée et les sentiments, et donc nos décisions, qu'ils soient ou non à l'origine du comportement, de la pensée ou du sentiment.

La conscience de soi est considérée comme un trait distinctif des êtres humains (et de certains animaux non humains "supérieurs") et constitue une condition essentielle de l'autonomie. Nous suggérons que la reconnaissance de l'influence de la mentation inconsciente est également importante. En considérant l'inconscient, nous n'avons pas seulement à l'esprit la question, maintes fois répétée, des processus cérébraux inconscients qui sont les précurseurs d'un choix expérimenté24, mais aussi la façon dont une proportion significative de nos réactions émotionnelles est contrôlée par des structures automatiques et inconscientes, contournant ainsi la conscience.25 Les recherches suggèrent que les mêmes principes qui s'appliquent à la cognition fonctionnent également avec les processus affectifs et motivationnels inconscients (implicites). Le soi-disant inconscient cognitif26 est maintenant reconnu comme étant l'inconscient cognitif-affectif-motivationnel27 28.

La recherche sur l'affect inconscient fournit des preuves convaincantes que nous pouvons ressentir des choses sans avoir conscience de les ressentir et que nous pouvons agir sur des sentiments dont nous ne sommes pas conscients.29 30 Les études sur la perception subliminale, la cognition implicite et l'oubli dirigé ont toutes montré comment le traitement des émotions peut contourner le cortex et se dérouler sans conscience.29-33 Les réponses émotionnelles conditionnées classiquement (par exemple, les attentes, les préférences, les désirs) constituent la coloration affective de nos vies. Elles nous orientent inconsciemment vers des aspects de notre environnement et vers des types particuliers de relations, et influencent les décisions que nous prenons. Souvent, il n'y a pas de mémoire consciente liée à cet apprentissage. Il est donc possible de répéter des schémas chargés d'émotions sans la médiation de la conscience.

Notre système perceptif a évolué en réponse à la nécessité de percevoir non seulement avec précision mais aussi avec rapidité. Le cerveau a ainsi développé un système perceptif divisé.29 Le système perceptif plus lent implique le cortex et inclut la conscience. Ce système permet de recueillir des informations plus détaillées qui, à leur tour, nous aident à inhiber des réponses et à adopter des comportements alternatifs. L'autre système " accélère " la percep- tion en contournant le cortex. Ce système n'implique aucune conscience. Le problème du système " rapide " est qu'il ne permet pas une évaluation plus fine de ce que nous percevons et de ce à quoi nous répondons : il n'est pas réfléchi. Cela signifie que lorsque ce système est activé, les expériences passées ont plus de chances d'avoir un impact sur l'expérience actuelle par le biais de connexions associatives qui ne sont pas réfléchies, même si elles ne sont pas pertinentes ou utiles pour le présent immédiat. Les situations actuelles qui sont émotionnellement excitantes et dans lesquelles la capacité à réfléchir sur l'expérience est diminuée par des facteurs internes et/ou externes, sont plus susceptibles d'être accélérées. L'autonomie est mise en danger lorsque les décisions que nous prenons dans ces conditions sont accélérées par des protocoles médicaux qui ne rendent pas justice à la complexité des facteurs inconscients qui peuvent être à l'origine des décisions. C'est particulièrement le cas lorsque les décisions concernent l'expérience subjective de l'identité, comme nous allons maintenant l'illustrer par une étude de cas. Ce cas est fictif et ne relate pas l'histoire d'un ou de plusieurs patients. Cependant, les questions ont été éclairées par le travail psychanalytique clinique de l'un d'entre nous (AL).

Sam, une fille de naissance, a décidé de passer du sexe féminin au sexe masculin au milieu de l'adolescence. Les parents ont soutenu cette décision de tout cœur. Ils ont dit que Sam avait toujours été un " garçon manqué ". Ils s'inquiètent de sa dépression, qu'ils associent à une dysphorie corporelle. Sam a parcouru Internet à la recherche d'informations sur ses difficultés et a trouvé du réconfort dans les récits qu'il a lus sur les sites Web de transgenres. À la suite de trois consultations avec un spécialiste des troubles de l'identité sexuelle, Sam a été placé sous hormones trans et a changé de nom.

Au début, l'humeur de Sam s'est améliorée. Il s'est senti très lié à la communauté trans qu'il a rencontrée en ligne, ce qui a atténué une partie de son isolement. Cependant, un an après avoir commencé à prendre des hormones transsexuelles, Sam a fait une grave overdose et a été admis dans un établissement spécialisé. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'il a été orienté vers une aide psycho- logique.

Au cours de la psychothérapie qui s'ensuit, il apparaît rapidement que le frère beaucoup plus âgé de Sam est décédé subitement alors que Sam était encore un très jeune enfant. Le frère avait été une forte présence dans la famille et Sam pensait que sa mère le préférait. Il a le sentiment que sa mère ne s'est jamais vraiment remise de cette perte tragique. Il a expliqué qu'il avait essayé de lui faire plaisir du mieux qu'il pouvait et qu'il était bouleversé lorsqu'il se sentait incapable d'apaiser sa perte.

Lorsqu'il était plus jeune, Sam ne se rappelait pas avoir voulu être un garçon, mais il était clair qu'il s'intéressait beaucoup aux sports typiquement masculins (comme Sam savait que le frère l'avait fait) et qu'il préférait jouer avec les garçons, ce qui l'avait éloigné des filles à l'école. Les parents avaient dit à Sam qu'il avait exprimé un vif souhait d'être né garçon lorsqu'il était à l'école primaire. Sam ne se souvenait pas de leur avoir dit cela, mais au début de la thérapie, il était néanmoins catégorique sur le fait que c'était ce qu'il avait toujours ressenti.

Lorsque Sam a finalement décidé qu'il voulait faire une transition, ses parents l'ont beaucoup soutenu. Sam se souvient s'être senti plus proche d'eux que jamais auparavant. Il avait l'impression qu'ils étaient globalement plus heureux, surtout sa mère. Au fil de la thérapie, il est apparu clairement que, pour Sam, la décision de transition avait facilité une proximité entre lui et sa mère qu'il avait toujours désirée.

Les parents semblaient très investis dans la décision de Sam, allant jusqu'à accélérer le processus de mise en route des hormones et attribuant la tentative de suicide exclusivement à la dysphorie de genre de Sam. La tentative de suicide a accéléré leur conviction que Sam devait subir une chirurgie de réassignation sexuelle à la première occasion. Pourtant, le récit que fait Sam lui-même des événements qui ont conduit à sa tentative de suicide ne semble pas avoir de lien évident avec la dysphorie de genre. La tentative de suicide semble plutôt avoir été déclenchée par les sentiments de détresse et de colère de Sam après que les parents aient manqué un événement important dans la vie de Sam parce qu'il coïncidait avec l'anniversaire de la mort de son frère, qu'ils marquaient toujours, et autour duquel Sam se sentait souvent très mal à l'aise.

Le "fantôme" du frère dominait la psyché collective de la famille, par exemple, la chambre du frère avait été conservée et Sam était souvent comparé à son frère. Sam n'avait que très peu de souvenirs de son frère et il lui arrivait d'en vouloir à la mère d'être toujours présent et de préférer son frère dans son esprit. Sam était torturé par la culpabilité d'avoir survécu à son frère ainsi que par la culpabilité de son ressentiment envers lui pour avoir occupé l'espace mental des parents que Sam voulait s'approprier.

Sam avait grandi dans l'ombre de son frère, submergé par le chagrin non résolu de ses parents. Dans le contexte de la thérapie, Sam a compris que la seule façon dont il avait senti qu'il pouvait être "vu" par ses parents était de devenir effectivement leur "fils" par le biais de la transition. Pourtant, bien qu'il ait entamé une transition médicale, Sam a rapidement été confronté à l'impossibilité réelle de remplacer son frère. Il s'en est rendu compte de manière douloureuse lorsque ses parents ont annulé leur participation à une fête organisée pour Sam parce qu'elle coïncidait avec l'anniversaire de la mort de son frère. La tentative de suicide de Sam était une autre façon pour lui d'utiliser son corps pour rappeler l'attention de ses parents sur son existence et ses besoins. Mais leur interprétation erronée, pour ainsi dire, de la raison pour laquelle il avait tenté de se suicider, a laissé à Sam un sentiment d'aliénation vis-à-vis d'eux et une confusion quant à l'opportunité de demander une opération de changement de sexe.

Nous ne discuterons pas davantage de ce cas, mais il suffit de dire que la trajectoire de Sam après sa tentative de suicide a été ponctuée d'une série de crises et d'un état dépressif prolongé marqué par la confusion de son identité et l'incertitude quant à savoir s'il avait pris la bonne décision de commencer sa transition. Au fur et à mesure que la dynamique familiale a été consciemment articulée, l'identité de genre s'est éloignée dans l'esprit de Sam comme étant soit le problème, soit la solution, et l'accent a été mis sur la détresse et le grief de Sam envers ses parents pour ce qu'il avait vécu comme une négligence de leurs besoins. La prise de conscience de la façon dont le chagrin familial non résolu et son propre désir d'être le fils de remplacement ont influencé son identification transgenre lui a permis de faire des choix éclairés sur les meilleures étapes à suivre pour lui.

Les aspects inconscients de l'identité

L'une des principales contributions de la psychanalyse aux discussions sur l'identité est qu'elle déstabilise ces notions en introduisant le rôle de l'inconscient et la "spéciosité" de l'identité elle-même.34 Le fait de lier l'identité principalement aux processus sociaux et aux choix conscients dénude la notion de sa nature essentiellement conflictuelle et de son lien intime avec le désir et les fantasmes inconscients.

Le corps sexué, le genre social et la sexualité (c'est-à-dire le désir) sont tous constitutifs de l'identité. L'identité de genre n'est pas un indicateur de l'orientation sexuelle et les deux sont aujourd'hui conceptualisés comme indépendants des corps sexués. La valeur d'une perspective psychanalytique sur le genre et la sexualité est qu'elle révèle que la relation entre une partie du corps et sa fonction sexuelle ou sa signification sexuée est au mieux une "conso- nance légèrement attachée plutôt qu'une cartographie indicielle rigidement enchaînée "35 .

L'investissement psychique que nous avons dans notre corps, sa forme et son apparence est essentiel pour comprendre l'expérience subjective de l'incarnation et doit donc être pris en compte dans les discussions cliniques et théoriques sur l'identité. Le corps est le principal lieu d'inscription et de signification, qu'il s'agisse de forces externes ou de forces internes et inconscientes. Nous suggérons que la compréhension de l'ampleur de la signification et de la fonction que recouvre le terme "transgenre" en tant que référent identitaire est facilitée si nous pensons non seulement en termes d'attributions sociétales du "genre" mais aussi en termes d'expérience subjective de l'incarnation, des identifications inconscientes du corps et donc de la fonction psychique de la modification du corps.36 Ceci est important car la représentation que nous avons de notre corps dans notre esprit est profondément façonnée par les projections des autres - souvent des figures d'attachement précoces - sur notre corps. Afin de protéger l'autonomie, il est important de dissocier les croyances et les désirs qui appartiennent à l'individu souhaitant faire la transition de ceux qu'il pense lui appartenir mais qui peuvent en fait être mieux compris comme servant d'autres fonctions inconscientes telles que, par exemple, apaiser les désirs d'une autre personne, comme nous l'avons illustré avec le cas de Sam, ou qui peuvent être inconsciemment ressentis par l'individu comme étant préférables à d'autres alternatives moins préférables (par ex, la personne dont l'orientation homo-sexuelle est ressentie comme plus difficile que le fait de s'afficher comme transgenre).

Les aspects inconscients de l'identité méritent d'être pris en considération, car le sentiment de ce que nous sommes - notre identité - découle en partie de nos premières expériences de développement. La recherche sur l'attachement fournit une autre série de preuves qui confirment que les relations précoces façonnent inconsciemment le développement de l'esprit et ce que la psychanalyse appelle le "monde interne".37 Le monde interne est constitué de schémas prototypiques impliquant des dimensions invariables des relations précoces chargées d'émotions (par exemple, les expériences d'union et de séparation). Au début de la vie, les échanges affectifs intenses sont psychiquement organisateurs : ils permettent au bébé de catégoriser et de s'attendre à des expériences similaires. Par exemple, une expérience "négative" de rejet peut être intériorisée comme un modèle de travail d'un "vilain", d'un "soi" en relation avec un "autre" humiliant. Une fois appris, un modèle de travail relationnel fonctionne inconsciemment comme un modèle permettant d'interpréter des événements ultérieurs de manière similaire ; autrement dit, il se généralise. Les relations extérieures, à n'importe quel stade du cycle de vie, peuvent alors déclencher l'affect associé à des constellations relationnelles particulières et les fantasmes relationnels associés (par exemple, "Si je me rapproche d'une autre personne, elle verra ma laideur et m'humiliera, il est donc préférable de garder les autres à distance"). Ces représentations mentales de "l'interaction efficace avec autrui" contiennent donc des composantes cognitives et affectives conscientes et non-conscientes découlant d'expériences interpersonnelles significatives avec des figures d'attachement clés. Bien que les expériences qui ont contribué à l'élaboration de ces schémas restent pour la plupart inaccessibles à la mémoire consciente parce qu'elles sont procéduralement inconscientes (c'est-à-dire qu'elles ne sont pas enregistrées dans la mémoire autobiographique), elles structurent néanmoins la façon dont nous pensons et ressentons à propos de nous-mêmes et des autres dans le présent. C'est pourquoi, même si nous ne sommes pas en mesure de nous souvenir des premiers événements, nous continuons néanmoins à organiser le présent selon des modèles de développement. En considérant l'importance de la mentation inconsciente pour le choix autonome, nous nous intéressons donc à la pertinence d'un monde interne inconscient de relations colorées par des affects intenses qui influencent notre comportement et nos décisions.

La signification éthique des espaces de réflexion pour soutenir l'autonomie

Notre compréhension actuelle de l'inconscient met en évidence un fait important

Notre compréhension actuelle de l'inconscient met en évidence un fait important : ''Ce qui a le plus de sens dans la vie n'est pas nécessairement codé en mots''.38 Nous pensons que cela a des implications importantes sur la façon dont nous pouvons comprendre l'autonomie, le bien-être et le consentement. Si, comme le propose la psychanalyse, (1) nous sommes formés par des expériences relationnelles précoces pour lesquelles nous n'avons pas de souvenirs déclaratifs, (2) notre comportement actuel est informé de manière inconsciente par des schémas relationnels et affectifs répétitifs qui exercent un impact sur notre expérience de nous-mêmes, de nos désirs et des décisions que nous prenons, et si nous ne sommes pas conscients de ces schémas de manière autoréflexive, alors le consentement aux interventions médicales visant à instancier physiquement notre sentiment subjectif de qui nous sommes est potentiellement miné.

Nous suggérons que l'autonomie est renforcée par la prise en compte des modèles relationnels et affectifs implicites qui façonnent notre expérience de qui nous sommes et de qui nous pensons devoir être, et qui sous-tendent nos décisions. La compréhension de ces modèles nécessite du temps et un dialogue avec d'autres personnes qui peuvent nous aider à décider de ce qui est inconscient. L'espace de réflexion qu'offre la psychothérapie à orientation psychanalytique est l'exemple par excellence du type de dialogue constructif qui peut soutenir l'autonomie dans la prise de décision grâce à l'attention qu'il porte aux processus conscients et inconscients. Il y a maintenant une accumulation de preuves que la psychothérapie psychanalytique est une inter- vention efficace pour une série de problèmes de santé mentale.39 40

Une personne est considérée comme ayant la capacité de choisir rationnellement si elle a à sa disposition la connaissance de tous les faits pertinents pour la décision et les conséquences possibles pour elle des décisions potentielles.5 Nous proposons en outre que la condition d'"être en possession de tous les faits pertinents disponibles "5 devrait inclure la spécification que ces "faits" impliquent également la prise en compte d'éventuels moteurs inconscients (par exemple, des souhaits ou des traumatismes non traités). Une fois que ces influences inconscientes deviennent des objets de réflexion consciente, nous pouvons prendre des mesures pour réduire ou accommoder leur effet sur notre comportement et nos décisions. Bien que les facteurs inconscients constituent une menace pour l'autonomie, plus nous comprenons dans quelle mesure nous sommes motivés et influencés inconsciemment, mieux nous sommes équipés pour fonctionner de manière autonome. Prendre conscience d'un désir ou d'un motif inconscient implique de faire l'expérience de ce désir ou de ce motif comme étant le sien. Cela nous permet d'évaluer si nous voulons le cultiver ou l'ignorer.

Il est important de noter que nos valeurs peuvent être inconscientes ou inarticulées. Ce que nous désirons vraiment le plus peut être opaque pour nous. Non seulement la psychanalyse révèle des faits sur nous, mais elle peut aussi révéler la nature de nos valeurs. Ceci est important pour la plupart des modèles contemporains de la relation médecin-patient. Il s'inscrit parfaitement dans le cadre du modèle libéral rationaliste, qui vise à établir un dialogue normatif afin de déterminer à la fois les faits pertinents pour le patient et les valeurs que ce dernier devrait avoir. Elle est également importante pour la prise de décision partagée où le patient doit fournir les valeurs : ces valeurs peuvent être inconscientes. Cela pourrait sembler fournir une sorte de vision du "moi maître" : il existe un moi rationnel avec des valeurs que le moi inconscient sape, et nous devons porter les motivations et les influences du moi inconscient à l'attention du moi maître qui décidera quoi en faire. Mais le moi maître est aussi le résultat de ces influences - il y a un problème de fixation des bottes. Les valeurs mêmes que nous avons sont le produit de ces influences et peuvent même être inconscientes.

Reconnaître les machinations de l'inconscient nous rappelle les limites de l'autonomie. Cela signifie-t-il pour autant que l'autonomie est un état illusoire à jamais subverti par l'inconscient ? Cette affirmation doit être nuancée. L'autonomie n'est pas un état de "tout ou rien". Nous ne prétendons pas de manière absolue que l'engagement dans un processus psychanalytique garantit que nous atteignons à un moment donné un état de pleine autonomie où nous ne sommes plus informés par les moteurs inconscients. L'inconscient est une structure mentale qui continue potentiellement à exercer son influence sur nos décisions conscientes. À l'instar d'un muscle physique qui, s'il n'est pas exercé, revient rapidement à son état antérieur, notre engagement dans la compréhension de l'inconscient n'est pas un processus unique et définitif : il nécessite l'exercice régulier de ce muscle psychique (c'est-à-dire une autoréflexion continue). Si nous exerçons ce muscle psychique, nous pouvons en retirer certains avantages : nous avons une meilleure possibilité d'identifier certaines des pressions sur nos décisions qui découlent de moteurs inconscients et nous pouvons les soumettre à une délibération plus consciente. Les "avantages" ne comprennent pas l'éradication de l'inconscient, ce qui est impossible. Dans cette mesure, les revendications d'autonomie par rapport à l'inconscient sont toujours relatives. Nous affirmons ici, plus modestement, que l'exploration des moteurs inconscients favorise l'élargissement de la gamme des fonctions autonomes, et non qu'elle nous rend autonomes dans un sens absolu.

Jusqu'à présent, nous avons soutenu que nos choix conscients peuvent être limités par de puissantes motivations a priori qui ne peuvent nous aider à prendre des décisions que par le biais d'une réflexion et d'une évaluation de second ordre. Ce processus nécessite du temps. Le temps consacré à l'autoréflexion est non seulement important sur le plan psychique, mais aussi sur le plan éthique, car il favorise la prise de décision autonome, étant donné que l'élaboration de la signification inconsciente émerge de manière fragmentaire au fil du temps. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'acceptation sans réserve des revendications conscientes peut entraîner des préjudices involontaires.

Il est clair que tous les individus qui expriment le souhait d'une transition ne sont pas motivés par des problèmes psychologiques sous-jacents non liés à l'identité de genre en tant que telle, comme c'était le cas pour Sam. Nous ne suggérons donc pas que les demandes de transition doivent être considérées avec suspicion. Nous suggérons plutôt que des cas comme celui de Sam nous incitent à réfléchir à la manière dont nos protocoles médicaux peuvent le mieux préserver les espaces de réflexion si ce qui semble être une décision mûrement réfléchie n'est que la partie émergée d'un iceberg de sens et de besoins psychologiques qui ne seront pas satisfaits par la transition.

Le cas de Sam souligne la complexité de l'évaluation de l'autonomie et de l'appréciation de ses propres intérêts lorsque nous tenons compte des pressions inconscientes systémiques et intrapsychiques sur la perception de soi et le développement de l'identité. Sam semble avoir été motivé principalement par le désir de revendiquer un espace dans l'esprit de ses parents (en particulier sa mère) qu'il estimait occupé par son frère décédé. Il s'est inconsciemment résolu à le faire en s'identifiant comme un garçon, puis en demandant à changer de sexe pour pouvoir remplacer son frère. Même si la famille ne contraignait pas consciemment Sam à changer de sexe, on peut dire qu'il y avait un investissement inconscient dans le soutien de la transition de genre afin de récupérer leur fils perdu. Les pressions systémiques peuvent donc potentiellement servir à imposer la conformité à des besoins inconscients qui vont à l'encontre de l'intérêt supérieur de la personne.

Le cas de Sam peut, et même doit, être contré par des cas qui révèlent que la transition était, tout bien considéré, meilleure pour la personne. De tels cas sont des rappels importants que la transition médicale peut améliorer le bien-être et être une expression de l'autonomie. Cependant, le fait que cela puisse être le résultat d'une transition pour certains ne constitue pas un argument contre une exploration approfondie des motivations du désir de transition afin de s'assurer que les décisions prises puissent être considérées comme substantiellement autonomes et substantiellement indépendantes des forces de contrôle, de sorte que la personne "...soit libre des contrôles exercés soit par des sources externes, soit par des états internes qui privent la personne de son autonomie".21 Interdire une telle exploration crée un climat qui peut involontairement promouvoir le préjudice potentiel plutôt que de le réduire, comme l'illustre l'exemple de Sam. Le cas de Sam illustre le fonctionnement de la relation entre les pressions externes et internes sur la prise de décision concernant la transition. Sa famille a été poussée par son propre chagrin à faire pression sur Sam pour qu'il devienne transitionneur. Cette pression externe, cependant, n'est pas reconnue comme telle consciemment par Sam. Elle est internalisée de manière irréfléchie et prend une vie propre dans les prérogatives idiosyncrasiques de son monde interne, par exemple, son propre désir inconscient d'être aimé par ses parents et de remplacer son frère, ainsi que la culpabilité que cela provoque.

L'affirmation de ce qui n'est pas en fait la vérité porte atteinte à l'autonomie et risque de frustrer les intérêts. Comme le soulignent Beauchamp et Childress21, si un patient a une fausse croyance sur son état, sa décision concernant le traitement est compromise. La pleine autonomie exige non seulement la présentation des faits médicaux, mais aussi que le patient ait des croyances rationnelles sur son état, les interventions possibles, leurs risques et leurs avantages, mais surtout sur lui-même et sa nature psychique.5 Une décision de transition ne peut être une instanciation de l'autonomie si elle est fondée sur un récit faux qui empêche la personne d'accéder à l'aide et aux ressources appropriées à l'état qui nuit en fait à son bien-être. Les souhaits actuels de la personne, même s'ils sont très forts, ne sont pas toujours un indicateur fiable de ce qui améliorera son bien-être. En revanche, l'engagement au fil du temps dans un processus de psychothérapie peut ouvrir de nouvelles possibilités pour une autonomie et un bien-être plus grands que ceux potentiellement offerts par une transition (prématurée).

Être véritablement autonome, c'est se comprendre à la fois au niveau conscient et inconscient. Cela dit, il est important de ne pas permettre le retour du paternalisme à l'ancienne et l'imputation au patient de ses désirs et de ses valeurs à un niveau inconscient. C'est le patient qui doit faire le travail et identifier ces propriétés inconscientes, avec l'aide du thérapeute. Il est également important que les patients puissent choisir des options qui sont bien moins que les meilleures. Mill décrivait les expériences de vie comme le meilleur moyen d'atteindre l'individualité (autonomie). Peut-être que le mieux que nous puissions espérer est de vivre de différentes manières, de manière réversible, avant de choisir une voie définitive. La liberté consiste, en partie, à assumer la responsabilité de vivre avec ses choix.

CONCLUSION : QUE DEVRAIENT "ACCEPTER" LES SOINS TENANT COMPTE DE LA DIMENSION DE GENRE ?

Nous avons fait valoir que si, en " acceptant " les revendications de la personne transgenre sur ce qui rendra sa vie plus agréable, les soins d'affirmation du genre doivent être " acceptés ".

Nous avons soutenu que si, en " acceptant " les revendications de la personne transgenre sur ce qui améliorera sa vie, nous voulons dire que nous le faisons sans réserve ou sans lui offrir un espace de réflexion dans lequel les facteurs de motivation conscients et inconscients peuvent être explorés en toute sécurité, alors nous ne devrions pas accepter ses revendications à première vue. Nous avons suggéré que nous avons des raisons éthiques de conseiller une approche respectueuse, collaborative et inquisitrice afin de garantir que le désir de transition médicale puisse être considéré comme autonome. Nous suggérons que cet argument est valable pour toute personne transgenre, quel que soit son âge. En effet, nos arguments s'appliquent à l'autonomie et au bien-être en médecine en général.

Si nous acceptons qu'une décision de transition médicale doit être au moins substantiellement autonome et substantiellement indépendante des forces de contrôle,21 alors une telle décision ne devrait être prise qu'après une période d'exploration des influences de contrôle potentielles (internes et externes) qui peuvent peser sur cette décision particulière. L'acceptation sans réserve peut réduire les options et l'autonomie de l'individu si elle le prive de la possibilité d'explorer la signification inconsciente possible de son identification transgenre qui, à son tour, pourrait l'amener à envisager des options autres que la transition médicale. Cela améliorera probablement leur bien-être à long terme. Les espaces de réflexion, tels que ceux fournis par la psychothérapie, permettent aux processus inconscients d'être portés à l'attention (consciente), augmentant potentiellement la portée du contrôle réflexif. Nous avons soutenu que cela augmente l'étendue du fonctionnement autonome plutôt que de prétendre que cela libère l'individu de l'inconscient dans un sens absolu.

Nous devons distinguer les objectifs louables d'éviter les préjugés

et de protéger le droit de l'individu transgenre à l'autodétermination et au choix autonome de son bien-être, des conséquences involontaires de la "prise en charge positive du genre". Une approche inquisitrice doit permettre de se prémunir contre la possibilité de perpétrer une injustice épistémique, mais l'auto-exploration inquisitrice peut également renforcer le choix autonome, favorisant ainsi un bien-être qui reflète les valeurs et les intérêts de l'individu.

Une telle approche inquisitrice est conforme à la plupart des modèles non paternalistes contemporains de la relation médecin-patient, et est exigée par certains d'entre eux. Si la transition est une option raisonnable pour le patient, ce dernier peut finalement opter pour cette solution, même si elle n'est pas la meilleure. En ce sens, l'autonomie peut l'emporter sur les intérêts. Mais le patient mérite, et a droit, à un parcours lui permettant d'identifier ce qui est le plus susceptible de favoriser son bien-être.

Si nous nous sommes concentrés sur les soins d'affirmation du genre à titre d'exemple parce qu'il s'agit d'une préoccupation actuelle qui génère une panique morale, des arguments similaires s'appliquent à de nombreux domaines de la médecine qui impliquent des jugements de valeur controversés7, tels que la stérilisation, la FIV, l'amélioration, en particulier l'amélioration cosmétique, le recours à la thérapie relationnelle et les "drogues de l'amour "41.

Remerciements Nous tenons à remercier deux réviseurs anonymes extrêmement utiles pour leurs commentaires perspicaces et constructifs.JS, grâce à sa participation au Murdoch Children's Research Institute, a reçu un financement du gouvernement de l'État de Victoria par le biais du programme Operational Infrastructure Support (OIS).

Contributeurs AL a rédigé la majeure partie du manuscrit. JS a conçu l'idée de l'article, a rédigé les sections relatives au concept d'autonomie et à la relation médecin-patient.

relation médecin-patient et a fourni des commentaires sur l'ensemble du projet. Les deux auteurs ont approuvé la version finale.

Financement WT203132.

Intérêts concurrents Jusqu'en 2016, AL était professeur de thérapies psychologiques au Tavistock and Portman NHS Foundation Trust et à l'université d'Essex. Pendant cette période, elle a travaillé avec des personnes transgenres adultes à la clinique Portman, mais pas au service d'identité de genre de la clinique Tavistock. Elle travaille actuellement en cabinet privé avec des personnes transgenres au Queen Anne Street Practice, à Londres.

Consentement du patient pour la publication Non requis.

Provenance et examen par les pairs Non commandité ; examen externe par les pairs.

Accès libre Il s'agit d'un article en accès libre distribué conformément à la licence Creative Commons Attribution 4.0 Unported (CC BY 4.0), qui permet à d'autres de copier, redistribuer, remixer, transformer et construire sur cette œuvre à toute fin, à condition que l'œuvre originale soit correctement citée, qu'un lien vers la licence soit fourni et qu'il soit indiqué si des modifications ont été apportées. Voir : https://creativecommons.org/ licenses/by/4.0/.

ORCID iD

Julian Savulescu http://orcid.org/0000-0003-1691-6403

# RÉFÉRENCES

1. Butler G, De Graaf N, Wren B, *et al*. Évaluation et accompagnement des enfants et adolescents atteints de dysphorie de genre. [*ArchDisChild*](http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-314992) 2018;12(7):631-6.
2. Rapport de la Commission des soins et de la qualité sur le service d'identité de genre pour adultes, 2018. Disponible à l'[adresse suivante : https://www.cqc.org.uk/provider/RNK/inspection-summary#genderis](https://www.cqc.org.uk/provider/RNK/inspection-summary#genderis)
3. The Tavistock and portman NHS foundation trust vs National health service commissioning board (NHS England) neutral Citation Number : [2020] EWHC 3274, 2020. Disponible sur [: https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v- Tavistock-Judgment.pdf](https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf)
4. Valentine D. *Imagining transgender : an ethnography of a category*. Duke Press, 2007.
5. Savulescu J. Rational desires and the limitation of life-sustaining treatment. [*Bioéthique*](http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8519.1994.tb00255.x)

1994;8(3):191–222.

1. Fletcher G. *La philosophie du bien-être : une introduction*. New York : Routledge, 2016.
2. Savulescu J. Autonomy, the Good Life, and Controversial Choices. Dans : Rhodes R, Francis LP, Silvers A, eds. *The Blackwell guide to medical ethics*. Oxford : Blackwell Publishing, 2007 : 17–37.
3. Lewis CT, Short C. *Un nouveau dictionnaire latin*. 1891. New York/Oxford : Harper Brothers Publishers, 1879.
4. Savulescu J. Rationalisme libéral et décision médicale. [*Bioéthique*](http://dx.doi.org/10.1111/1467-8519.00049)

1997;11(2):115–29.

1. Fricker M. *Epistemic injustice : power and the ethics of knowing*. Oxford UniversityPress : Oxford, 2007.
2. Pearce R. *Understanding trans health : discourse, power and possibility*. Bristol : Policy Press, 2018.
3. Wren B. Questions éthiques soulevées par la fourniture d'interventions médicales pour les enfants et les adolescents de sexe différent. [*ClinChildPsycholPsychiatry*](http://dx.doi.org/10.1177/1359104518822694) 2019;24(2):203-22.
4. Mill JS. *Sur la liberté*. Londres : J. M. Dent and Sons, 1910 : 115.
5. Savulescu J, Kahane G. Handicap : une approche welfariste. [*ClinEthics*](http://dx.doi.org/10.1258/ce.2011.011010) 2011;6(1):45-51.
6. Griffin L, Clyde K, Byng R, *et al*. Sex, gender and gender identity : a re-evaluation of the evidence. [*BJPsychBull*](http://dx.doi.org/10.1192/bjb.2020.73) 2020:1-9.
7. Skagerberg E, Di Ceglie D, Carmichael P. Rapport succinct : caractéristiques autistiques chez les enfants et les adolescents atteints de dysphorie de genre. [*JAutismDevDisord*](http://dx.doi.org/10.1007/s10803-015-2413-x) 2015;45(8):2628-32.
8. Evans M. La liberté de penser : la nécessité d'une évaluation et d'un traitement approfondis des enfants dysphoriques de genre. [*BJPsych Bull*](http://dx.doi.org/10.1192/bjb.2020.72) 2020:1-6.
9. OurDuty. The Detransition advocacy network, 2019. Disponible [: https://ourduty.group/ 2020/04/29/the-detransition-advocacy-network/](https://ourduty.group/2020/04/29/the-detransition-advocacy-network/)
10. Marchiano L. Outbreak : sur les adolescents transgenres et les épidémies psychiques. [*Perspectives psychologiques*](http://dx.doi.org/10.1080/00332925.2017.1350804) 2017;60(3):345-66.
11. Eldridge P. Regret et conscience du passé. [*Int JPhilosStud*](http://dx.doi.org/10.1080/09672559.2017.1381413)

2017;25(5):646–63.

1. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York, NY : Oxford : Oxford University Press, 2013.
2. Freud S. Analyse Terminable et Interminable. *Int. J. Psycho-Anal* 1937;18:373-405.
3. Lemma A. *Introduction à la pratique de la psychothérapie psychanalytique*. 2e éd. Londres : Wiley, 2019.
4. Libet B. Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. [*BehavioralandBrainSciences*](http://dx.doi.org/10.1017/S0140525X00044903) 1985;8(4):529-39.
5. Damasio A. *The feeling of what happens : body and emotion in the making of* *consciousness*. Harcourt College Publishers, 1999.
6. Kihlstrom J. L'inconscient cognitif. [*Science*](http://dx.doi.org/10.1126/science.3629249) 1987;237(4821):1445-52.
7. Sandler J. Toward a reconsideration of the psychoanalytic theory of motivation. in : from safety to the Superego : selected papers of Joseph Sandler. *New York : Guilford Press* 1987:91-104.
8. Westen D. The scientific legacy of Sigmund Freud : toward a psychodynamicallyinformed psychological science. [*PsycholBull*](http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.124.3.333) 1998;124(3):333-71.
9. LeDoux J. *The emotional brain : the mysterious underpinnings of emotional life*. New York : Touchstone, 1998.
10. Balconi M, Lucchiari C. Consciousness and arousal effects on emotional face processing as revealed by brain oscillations. A gamma band analysis. [*Int J Psychophysiol*](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2007.10.002) 2008;67(1):41-6.
11. Phelps EA, O'Connor KJ, Cunningham WA, *et al*. Performance on indirect measures of race evaluation predicts amygdala activation. [*J CognNeurosci*](http://dx.doi.org/10.1162/089892900562552) 2000;12(5):729-38.
12. Wiens S. Subliminal emotion perception in brain imaging : findings, issues, and recommendations. [*ProgBrainRes*](http://dx.doi.org/10.1016/S0079-6123(06)56006-6) 2006;156:105-21.
13. Wong PS, Shevrin H, Williams WJ. Processus conscients et non conscients : un indice Erp d'une réponse anticipée dans un paradigme de conditionnement utilisant des stimuli visuellement masqués. [*Psychophysiology*](http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8986.1994.tb01028.x) 1994;31(1):87-101.
14. Frosh S. *Identity crisis : modernity, psychoanalysis and the self*. New York : Palgrave Macmillan, 1991.
15. Salamon G. *Assuming a body : transgender and the Rhetorics of materiality*. New York : Columbia University Press, 2010.
16. Lemma A. *Transgender identities*. London : Routledge. Sous presse.
17. Fonagy P, Gergely G, Jurist E. *Affect regulation, mentalization, and the development of* *the self*. New York, NY : Other Press, 2002.
18. Gedo J. *Conceptual issues in psychoanalysis : essays in history and method*. Hillsdale, NJ : The Analytic Press, 1986.
19. Fonagy P. L'efficacité des psychothérapies psychodynamiques : une mise à jour. [*Psychiatrie mondiale*](http://dx.doi.org/10.1002/wps.20235) 2015;14(2):137-50.
20. Leichsenring F, Klein S. Preuves de la psychothérapie psychodynamique dans les troubles mentauxspécifiques : une revue systématique. [*Psychothérapie psychanalytique*](http://dx.doi.org/10.1080/02668734.2013.865428) 2014;28(1):4-32.
21. Earp B, Savulescu J. *Brave new love : science, ethics, and the future of relationships*. Redwood City : Stanford University Press, 2020.

J Med Ethics : publié pour la première fois sous le numéro 10.1136/medethics-2021-107397 le 30 juillet 2021. Téléchargé de <http://jme.bmj.com/>le 5 août 2021 par guest. Protégé par le droit d'auteur.