

**UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN**

Discipline : sociologie

**THÈSE**

Pour l'obtention du grade de docteur en sociologie

*Présentée et soutenue publiquement le*

**19 JUIN 2012**

**ALESSANDRIN Arnaud**

**Du « transsexualisme » aux devenirs Trans**

Sous la direction de :

**Éric Macé**

Professeur de sociologie à l'université Victor Segalen

**Membres du jury :**

- Patrick Baudry (président du jury), PR, Université Bordeaux 3
- Alain Giami (rapporteur), DR, INSERM
- Laurent Visier (rapporteur), PR, Université Montpellier 1
- Laurence Hérault, MCF, Université Aix-Marseille
- Éric Macé, PR, Université Victor Segalen



**ALESSANDRIN Arnaud**

**DU « TRANSSEXUALISME »  
AUX DEVENIRS TRANS**



## **Du « transsexualisme » aux devenirs Trans**

**Résumé :** Cette thèse propose une analyse sociologique des carrières transidentitaires et des subjectivités Trans. Partant du constat que le concept de transsexualisme ne renvoie pas à l'épaisseur des expériences Trans, cette thèse démontre l'obsolescence du programme transsexuel tel qu'il s'est constitué en France. Le travail de recherche s'appuie sur une étude du programme transsexuel français ainsi que d'une observation et d'une participation de cinq ans, au plus près des expériences Trans. À partir de redéfinitions individuelles et collectives, dans des lieux aussi variés que la psychiatrie, le monde associatif ou l'espace juridique, cette thèse présente le glissement d'une question médicale (« le transsexualisme ») à une question sociale et politique (« les devenirs Trans »). Les processus d'identification de genre Trans, irréductibles au transsexualisme, se redistribuent alors au profit de nouvelles formes d'expressivités et de revendications Trans allant jusqu'à perturber la hiérarchisation entre « Trans » et « non-Trans ».

**Mots clés :** Transidentité, psychiatrie, droit, subjectivité, militantisme.



Cette thèse a été préparée au sein de l'école doctorale SP2  
(*Sociétés, politique, Santé publique*)

Université de Bordeaux

<http://www.edsp2.univ-bordeaux.fr/>

Contact auteur :

[arnaud.alessandrin@gmail.com](mailto:arnaud.alessandrin@gmail.com)





# TABLE DES MATIÈRES

<b>Sommaire .....</b>	<b>11</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>15</b>
<b>I° LE PROGRAMME DU « TRANSSEXUALISME » ET SON DÉBORDEMENT.....</b>	<b>35</b>
<b>II° CARRIÈRES TRANS : LA DYNAMIQUE DES IDENTIFICATIONS DE GENRE.....</b>	<b>149</b>
<b>III° DE LA QUESTION TRANSGENRE A LA QUESTION CISGENRE.....</b>	<b>253</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>297</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>301</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>329</b>



# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	15
<i>Par delà le « transsexualisme »</i> .....	16
<i>Au plus près des acteurs : un point de vue situé et une méthode participative</i> .....	20
<b>I° LE PROGRAMME DU « TRANSSEXUALISME » ET SON DÉBORDEMENT</b> .....	35
<b>1.1 LA CLINIQUE DU TRANSSEXUALISME</b> .....	44
1.1.1 Avant « la transsexualité » : pas de transsexuels .....	48
1.1.2 Le « programme transsexuel » : conflits étiologiques et solutions thérapeutiques .....	51
Le « transsexualisme » : construction d'un problème psychiatrique .....	51
La dimension thérapeutique du programme transsexuel .....	56
La psychanalyse : déprise américaine et résistances françaises .....	58
1.1.3 L'institutionnalisation progressive du « transsexualisme » en France .....	60
1.1.4 La création des protocoles en France : entre offre et demande de soins .....	67
1.1.5 Les protocoles aujourd'hui : bases définitionnelles et pratiques cliniques .....	72
<b>1.2 CE QUI FAIT TENIR LE TRANSSEXUALISME</b> .....	82
1.2.1 Où le droit cède sa place à la psychiatrie .....	85
1.2.2 Le « transsexualisme » ou le monopole protocolaire .....	92
1.2.3 La psychanalyse française face au transsexualisme : le maintien d'une « théologie pratique » .....	94

### **1.3 DU TRANSSEXUALISME A LA NON-CONGRUENCE DE GENRE :**

#### ***L'incertitude des catégories psychiatriques*..... 104**

1.3.1 Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre »  
en passant par les « TIG »..... 105

1.3.3 Des effets stigmatisants des classifications psychiatriques ..... 106

### **1.4 DE L'INDISPONIBILITÉ DU CORPS AUX DROITS HUMAINS :**

#### ***le levier juridique* ..... 115**

1.4.1 Droit communautaire et droit national : une évidente contradiction ..... 115

1.4.2 Jeux d'échelles et leviers juridiques : quels changements par le droit? ..... 118

### **1.5 DES DEMANDES DE TRASSEXUALISATION AUX TRANSIDENTITES :**

#### ***les nouvelles grammaires corporelles* ..... 121**

1.5.1 Ce que les protocoles (ne) prennent (pas) en charge ..... 125

1.5.2 Formes et Fonctions corporelles : des « innovations transidentitaires » ... 133

1.5.3 De la « souffrance » aux « épreuves » : un nouveau panel sémiotique ..... 143

## **II° CARRIÈRES TRANS : LA DYNAMIQUE DES IDENTIFICATIONS DE GENRE .....149**

### **2.1 LES ÉPREUVES MÉDICALES : NÉGOCIATIONS ET DÉBORDEMENTS ...156**

2.1.1 Protocoles nationaux et comparaisons locales .....158

2.1.2 La « confrontation » avec la psychiatrie : « ce que l'on doit dire / ce que l'on doit taire » .....162

2.1.3 Le protocole : une « épreuve » excluante .....170

2.1.4 De la demande de soins à la demande d'éthique (L'exemple du « real life test ») .....179

2.1.5 En dehors des protocoles : un monde médical hostile, impuissant ou *transfriendly*.....192

### **2.2 DES ÉPREUVES INDIVIDUELLES AUX RÉOLUTIONS COLLECTIVES 200**

2.2.1 « Cisgenrocentrisme », « transphobie » et placard Trans.....201

2.2.2 Parenté et conjugalité : barrières juridiques et innovations .....213

2.2.3 La sexualité Trans : du « horssexe » à la redéfinition de soi .....219

2.2.4 Le militantisme Trans : du cabinet du psychiatre aux réunions ministérielles .....226

Une demande de reconnaissance .....230

L'expertise associative .....232

Le monde associatif Trans : l'impossible uniformisation .....235

Un militantisme à la jonction de plusieurs luttes .....239

<b>III° DE LA QUESTION TRANSGENRE A LA QUESTION CISGENRE .....</b>	<b>253</b>
<b><i>3.1 DU PATIENT PROTOCOLARISE A LA MINORITÉ ACTIVE .....</i></b>	<b>263</b>
3.1.1 Du « malade » au « sachant » : Expériences Trans et expertises Trans.....	263
3.1.2 Comparaisons internationales : des « réseaux » aux « marchés » de santé .....	271
3.1.3 Minorité, minorité active et minorité culturelle .....	277
<b><i>3.2 DE LA QUESTION TRANSGENRE À LA QUESTION CISGENRE .....</i></b>	<b>284</b>
<b><i>Conclusion .....</i></b>	<b>297</b>
<i>Vie et mort du « transsexualisme » .....</i>	298
<i>Soustraire les différences du diagnostic .....</i>	299
<i>Banaliser sans cissexualiser .....</i>	300
<b>Bibliographie .....</b>	<b>301</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>329</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>371</b>

## INTRODUCTION

Le « transsexualisme » est une construction médicale récente aujourd'hui mise en crise. Dans une association entre médecins juristes et chirurgiens, le « transsexualisme » devient un programme<sup>1</sup> thérapeutique qui transforme des hommes et des femmes *dans le sexe opposé*. Or le « transsexualisme » est une parenthèse dans l'histoire des identités de genre alternatives qui, si elles ont toujours existé, n'ont pas toujours été psychiatisées. Avec les progrès de la chirurgie et le développement de l'endocrinologie, les Trans ont demandé de la médecine, mais c'est une réponse psychiatrique qui leur a été formulée. Le « transsexualisme » fut co-construit : par les médecins qui voyaient en lui une solution technique à un problème psychiatrique, et par les personnes concernées qui, en étant étiquetées « transsexuelles », pouvaient bénéficier d'une prise en charge. Cependant, au moment même où s'établissent en France des protocoles de changement de sexe, l'architecture du « transsexualisme » commence à s'effriter. Par l'action conjuguée d'instabilités internes aux nomenclatures psychiatriques, d'associations Trans puissantes qui vivent le « transsexualisme » comme une stigmatisation et d'une arène juridique opposant au « transsexualisme » totalisant, un « droit des personnes » libéral : le « transsexualisme » se modifie. Il n'est plus transposable à l'ensemble des expressions de genre vécues et les subjectivités Trans se désolidarisent de lui. Ce faisant, le transsexualisme explose en devenirs Trans, tout aussi variés que les devenirs non-Trans, que les devenirs dits « cisgenres », qui se voient eux aussi questionnés par la multiplication des corps et des identités de genres alternatives et dépathologisées.

---

<sup>1</sup> DUBET François, *Le déclin de l'institution*, Seuil, 2002

Il faut entendre ici le mot de « programme » comme un « projet » inscrit dans une histoire, des institutions, qui en appellent à des valeurs, des « fictions nécessaires » selon l'expression de François Dubet. Dans « *le déclin de l'institution* » il définit sa notion de « *programme institutionnel* » comme « *le processus social qui transforme des valeurs et des principes en actions et en subjectivités par le biais d'un travail professionnel spécifique et organisé* » (p.24).

- ***Par delà le « transsexualisme »***

Le « transsexualisme » est une entité nosographique créée en 1953 par un endocrinologue américain : Harry Benjamin<sup>2</sup>. Le « transsexualisme » défini par la persistance d'une demande à changer de sexe et par la souffrance induite par ce « trouble » de l'identité de genre. En France, dès 1979, des protocoles hospitaliers viennent encadrer les demandes de transition<sup>3</sup>. En proposant un diagnostic et un « suivi » ils assurent aussi un remboursement des opérations. Ces protocoles résultent d'une association entre des chirurgiens, des psychiatres et des endocrinologues qui, conformément à ces nomenclatures psychiatriques, voient dans le « transsexualisme » une pathologie. Dès 1980 le « transsexualisme » rentre dans le DSM<sup>4</sup>. En 1992, il fait son apparition dans la CIM<sup>5</sup>. Avec cette psychiatrisation, la thérapeutique protocolaire abandonne progressivement l'idée de soigner « l'esprit » pour soigner « le corps », autrement dit ces protocoles délaissent une définition psychanalytique du transsexualisme pour proposer une clinique du transsexualisme dont l'horizon devient le changement anatomique de sexe<sup>6</sup>. Mais pour tenir, le programme du transsexualisme ne s'appuie pas uniquement la force de la psychiatrisation des demandes transidentitaires. Il prend aussi appui sur l'absence d'éléments juridiques propres à la question, de sorte que le traitement juridique du « transsexualisme » sera très longtemps tutélaire des avis psychiatriques<sup>7</sup>. Le programme du transsexualisme est donc un montage entre des praticiens de la médecine et du droit et, jusqu'à aujourd'hui, ce qui va permettre aux protocoles et au « transsexualisme » d'exister c'est le monopole exercé par ces protocoles hospitaliers. En définissant le « transsexualisme », la psychiatrie opère surtout une sélection au sein des demandes transidentitaires. Seuls les « vrais » profils, ceux relevant du « transsexualisme » et restituant le « script » du transsexualisme sont entendus ; invisibilisant et précarisant les demandes transidentitaires qui ne répondent pas aux exigences définitionnelles du « transsexualisme » selon les protocoles.

---

<sup>2</sup> BENJAMIN Harry, "Transvestism and Transsexualism", *International Journal of Sexology* n°7, p.12-4, 1953.

<sup>3</sup> FOESTER Maxime, *L'histoire des transsexuels en France*, H&O, 2006.

<sup>4</sup> Diagnostic and Statistical Manual

<sup>5</sup> Classification Internationale des Maladies

<sup>6</sup> CASTEL Pierre-Henri, *La métamorphose impensable*, Gallimard, 2003.

<sup>7</sup> DELMOTTE Axel, « les docteurs et la loi », *Vacarme* 11, 2000.



Il convient d'entendre le terme de 'programme' plus comme un idéal type et non comme une construction politique solide. Comme tout programme, notamment informatique, celui du « transsexualisme » connaît des incertitudes. C'est à François Dubet que l'on doit l'emploi de ce terme dans son ouvrage « Le déclin de l'institution »<sup>8</sup>. Selon lui, l'idée de « programme » désigne « *une construction théorique abstraite* » qui permet l'étude des « *transformations de la vie sociale* ». Dans son travail sur les institutions, et notamment sur l'école, François Dubet nous encourage à observer les mutations plus que les crises et, en ce sens, à observer aussi les traces laissées par ce « programme » dans le paysage étudié.

En y regardant de plus près, on s'aperçoit que le programme du transsexualisme est obsolète et débordé: il ne répond plus à l'ensemble des demandes transidentitaires. Les positions protocolaires françaises perdent en cohérences sitôt que l'on se penche sur l'incertitude inhérente aux catégories psychiatriques ainsi que sur les nouveaux éléments juridiques (locaux comme européens) qui viennent ouvrir une nouvelle brèche concernant la définition et le cadre, non plus *du* transsexualisme, mais *des* transidentités. En effet, plus qu'au précaire transsexuel, c'est à ce que le programme du transsexualisme ne prend pas en charge qu'il faut s'intéresser. De manière chiffrée on constate que majoritairement les personnes Trans ne font pas appel aux protocoles pour effectuer leur transition. Dans son article « *Identifier et classer les trans* »<sup>9</sup>, Alain Giami nous fournit quelques chiffres : 56% des femmes<sup>10</sup>, 57% des hommes, 70% des femmes trans, 50% des hommes trans, 88% des trans et 71% des « autres » n'ont pas souhaité ou n'ont pas pu bénéficier d'interventions génitales. C'est-à-dire qu'il existe un « fait accompli » transidentitaire, des nouveaux corps, des nouvelles demandes, des nouveaux parcours, qui ne se laissent plus saisir du côté de la pathologie et des contraintes protocolaires.

L'hétérogénéité des pratiques ne permet plus au « transsexualisme », si tant est qu'il y soit parvenu un jour, de faire se superposer les demandes des acteurs aux offres du système. C'est pour cela qu'il s'agit de reconsidérer les parcours Trans non plus à l'aune d'une étiologie du transsexualisme, d'un « être » transsexuel, mais d'une dynamique d'identification de genre<sup>11</sup>,

---

<sup>8</sup> DUBET François, *Le déclin de l'institution*, Seuil, 2002

<sup>9</sup> GIAMI Alain, « Identifier et classer les trans », *L'information psychiatrique*, vol.87, n°4, avril 2011.

<sup>10</sup> Alain Giami et nous même rapportons ici le « genre revendiqué ».

<sup>11</sup> MACE Eric, « Ce que les normes de genre font aux corps / ce que les corps trans font aux normes de genre », *Sociologie*, vol.1, PUF, 2010.

c'est-à-dire de « devenir » qui, selon Deleuze, soulignent qu'en changeant, en s'orientant, en choisissant, l'individu modifie inévitablement ce qu'il devient. Le devenir n'est donc jamais répétition du « même ». Il ne produit pas l'identique, mais des créations singulières, ni imitations, ni assimilations, plutôt double capture. La philosophie du devenir, ou plutôt des devenirs, car le champ est pluriel, impose de défaire l'être de ses identités figées<sup>12</sup>. Les « devenirs Trans » dessaisissent les transidentités des catégories médicales et de leur linéarité. Ils proposent une lecture en mouvement des parcours individuels et des cadres collectifs.

À la manière de Becker dans « Outsiders »<sup>13</sup> nous pouvons alors définir la notion de transidentité non plus comme une essence ou comme une transition binarisée (le changement d'un sexe à l'autre, d'un genre à l'autre, dans lequel le psychiatre seul est le passeur), mais comme une « carrière », une « expérience de vie » selon les termes de Maud Yeuse Thomas<sup>14</sup>, c'est-à-dire comme l'accumulation rétrospective de choix saisis, au moment de l'action, entre des contraintes et des innovations. Ces carrières, qui ne sont donc linéaires que rétrospectivement, sont toujours ouvertes aux choix. Situait l'individu en tant qu'acteur, la notion de « carrière » fait l'économie des étiologies<sup>15</sup> sur la question Trans et donne à voir des individus qui, face à des épreuves individuelles, trouvent des ressources collectives qui pourvoient à la poursuite, ou non, d'une carrière. C'est notamment le cas lorsqu'on observe les stratégies mises en place pour sortir des appellations stigmatisantes ou pathologisantes.

Ces carrières de genre transidentitaires n'ont donc pas pour seules ressources les protocoles publics hospitaliers : l'espace militant ou associatif tient une place prépondérante dans les processus d'individuation de la transidentité. Parallèlement, ces parcours sont en prise aux écueils de résistances normatives qui s'exercent aussi bien dans les sphères professionnelles que familiales. C'est-à-dire que face aux épreuves médicales et sociales, les individus mettent en place des stratégies dans le but de résoudre les tensions inhérentes à leur contact.

---

<sup>12</sup> DELEUZE Gilles, *Dialogues*, avec Claire Parnet, Flammarion, 1977  
Lire aussi (sur la notion de « devenir » appliqué aux transidentités) : SIRONI Françoise, *Psychologie des transsexuel(le)s et des transgenres*, Odile Jacob, 2011, p.166

<sup>12</sup> DELEUZE Gilles, GUATTARI Félix, *Rhizome*, avec Éd. de Minuit, 1976

<sup>13</sup> BECKER Howard S., *Outsiders : étude de sociologie de la déviance*, Métailié, 1985.

<sup>14</sup> Lire à ce propos : THOMAS Maud Yeuse, « De la question trans aux savoirs trans : un itinéraire », *Le sujet dans la cité*, 1, 2010.

<sup>15</sup> Lire à ce propos : DARMON Murielle, *Devenir anorexique*, La découverte, 2003.

Comme le souligne Danilo Martuccelli<sup>16</sup>, les épreuves sont « *inséparables d'un récit particulier – celui de la mise à l'épreuve justement* » [...] « *toute épreuve apparaît comme un examen, un test (souvent non formalisé)* ». Ainsi, « *le propre de chaque épreuve est de défier notre résistance et nos capacités à nous en acquitter* ».

Avec ou sans les protocoles, les acteurs façonnent donc des équilibres singuliers, contrariants du point de vue du programme transsexuel et protocolaire : ils comparent, ils critiquent, ils négocient, demandent plus d'éthique. En ce sens, les carrières Trans prennent appui sur de nombreuses « technologies de genre » au sens de Térésa de Lauretis, c'est-à-dire sur des médiateurs du pouvoir, ce par quoi il s'exerce, en même temps que ce sur quoi se fondent les réactions et les redéfinitions à destination de ces mêmes technologies. Ces technologies sont à la fois ce qui se voit saisi par le genre, ce qui fait tenir les normes de genre, mais aussi ce qui octroie des capacités de résistances et de subversions. Grâce aux technologies de genre, les rapports sociaux de genre génèrent des représentations aussi bien que des contre-représentations. C'est le cas du féminisme ou de l'art qui, alors qu'ils sont des lieux d'exercice du pouvoir, se trouvent immédiatement être, dans un même mouvement, des lieux d'appui contre-hégémoniques. Selon Térésa de Lauretis :

« *Le genre, comme le réel, est non seulement l'effet de la représentation, mais aussi son excès, c'est-à-dire ce qui reste en dehors du discours* » et qui devient « *susceptible de briser ou de déstabiliser toute représentation* »<sup>17</sup> de manière à ce que « *la construction du genre soit aussi affectée par sa déconstruction* »<sup>18</sup>.

Par leurs usages, les personnes Trans perturbent les technologies de genre qu'elles mobilisent. Elles ne les laissent pas indemnes, ils les manipulent et les redéfinissent stratégiquement en fonction des contraintes imposées, mais aussi en fonction de leurs propres projets de vie, de sorte qu'au lieu d'être les objets du transsexualisme, ils en deviennent les acteurs. Et en passant des « transsexuels » aux acteurs transidentitaires, les Trans questionnent deux hiérarchies.

---

<sup>16</sup> MARTUCCELLI Danilo, Grégoire Lits, « Sociologie, Individu, Épreuves. Entretien avec Danilo Martuccelli », *Emulations*, Vol. 3, n° 5, Janvier 2009

<sup>17</sup> LAURETIS Teresa (de). *Théorie queer et cultures populaires. De Foucault à Cronenberg*, La dispute, le genre du monde, 2007, p.40

Lire aussi : CERVILLE Maxime, « A plusieurs voix autour de Térésa de Lauretis », revue *Mouvements*, La Découverte, n° 57, 2009, pp 138-154.

<sup>18</sup> LAURETIS Teresa (de). *Théorie queer et cultures populaires. De Foucault à Cronenberg*, La dispute, le genre du monde, 2007, p.42.

La première : celle qui les maintenait du côté de la pathologie, de l'anormalité. La seconde : celle qui sépare les Trans des « non-Trans ». En effet, en devenant « experts » de leur cause<sup>19</sup>, les Trans quittent progressivement la catégorie de « malade », mais aussi celle de « patient », pour s'établir dans celle, plus politique, de la minorité activée et de la minorité culturelle. Selon la définition de Serge Moscovici<sup>20</sup>, les minorités actives se composent d'agents novateurs qui proposent des cadres alternatifs et qui « *amènent d'autres personnes à accepter ces changements* ». En tant que minorité active, les Trans finissent par ne plus uniquement questionner la transidentité mais l'ensemble des altérités de genre, des identités genrées, qu'elles soient au centre ou à la marge.

Pour le dire autrement, en se centrant sur les marges transidentitaires, on interroge en réalité le centre « cis-identitaire »<sup>21</sup>. Il s'agira donc de montrer en quoi ce glissement tend à une banalisation des expressivités Trans, à leur extension, au sein de la société et donne à voir une fin programmée du « transsexualisme ».

- ***Au plus près des acteurs : un point de vue situé et une méthode participative***

L'observation des transidentités s'est souvent faite « par le haut ». L'étude du droit ou le suivi des protocoles insistent prioritairement sur les institutions de prises en charge du transsexualisme. Même lorsqu'elle porte sur les acteurs, comme dans le cas « Agnès<sup>22</sup> », l'observation des transidentités s'effectue rarement aux côtés des acteurs, de leurs points de vue. C'est à partir de ce positionnement que je souhaite poser mon regard. Mais « voir d'en bas » comporte des écueils. En effet, selon Donna Haraway<sup>23</sup> il ne s'agit ni d'idéaliser les savoirs assujettis ni de se les approprier, car à l'instar des positions hégémoniques, les discours subalternes ne sont pas neutres. Ils s'inscrivent dans des rapports de pouvoir que l'actualité Trans permet de situer entre libre disposition de son corps et psychiatrie du changement de sexe.

---

<sup>19</sup> REUCHER Tom., *Quand les Trans deviennent experts*, Multitude, 2005

<sup>20</sup> MOSCOVICI Serge, *Psychologie des minorités actives*, PUF 1991

<sup>21</sup> « Cis » signifie « du même côté de ». La « Cisidentité » renvoie donc à la congruence entre les expériences de genre vécues et l'assignation de genre faite à la naissance. Lire à ce propos: SERANO Julia, *Whipping girl, a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*, Seal edition, 2007.

<sup>22</sup> GARFINKEL Harold, *Studies in Ethnomethodology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1967.

<sup>23</sup> *Manifeste Cyborg*, p.119

Aux vues de la multiplication récente des textes sur la transidentité, écrits par les Trans eux-mêmes, c'est au plus près des acteurs que se déroule la recherche, non plus sur l'objet de la transidentité mais également sur des sujets-acteurs de leurs transidentités. La place du chercheur s'en voit alors immédiatement modifiée : il ne s'agit plus simplement de « travailler avec » les personnes concernées, mais aussi de rendre des comptes de son travail, de ses observations. Les lectures, par les Trans, des textes sur les Trans, requièrent du chercheur une position éthique réelle. Ceci impose une application à l'écriture comme à la restitution. L'observation participante permet en ce sens une collaboration précieuse entre les interviewés, les observés, leur entourage parfois, et le chercheur. Cette méthode de recherche nous situe inévitablement « en face » des personnes concernées. La question de ce que produisent les discours et les textes des chercheurs, de leurs conséquences plus ou moins immédiates sur les vies et les subjectivités Trans, est alors sans cesse posée et reposée.

Du point de vue de la méthode, l'immersion dans le terrain se concrétise par des formes d'enquêtes sociologiques exigeantes. L'observation participante implique une immersion totale du chercheur dans son terrain. Dans son article de méthodologie, Bastien Soulé<sup>24</sup> propose de distinguer les recherches dites « ouvertes » des recherches « couvertes ». En d'autres termes, la position du chercheur n'est pas la même si l'on est déclaré au sein du terrain ou si notre observation est clandestine. L'observation couverte « *présente l'avantage de saisir un certain nombre de processus sociaux (...) au sein de configurations sociales traditionnellement rétives à l'analyse extérieure* »<sup>25</sup>.

*« Dans son acception la plus large, le terme d'observation participante décrit une forme d'observation lors de laquelle le chercheur « annonce la couleur ». Il est alors connu en tant qu'observateur extérieur, de la part des membres de la collectivité au sein de laquelle il évolue : le risque sous-jacent est de générer des changements artificiels de comportement; un avantage non négligeable est de ne pas soulever de problèmes d'ordre éthique, du fait de la décision de jouer cartes sur table ».*<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> SOULE Bastien Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales, recherches qualitatives, vol. 27, pp.127-140., 2007.

<sup>25</sup> DIAZ, F., L'observation participante comme outil de compréhension du champ de la sécurité, 2005. <http://champpenal.revues.org/document79.html>

<sup>26</sup> SOULE, *op. cit.*

Le terrain transidentitaire demande au chercheur des gages. Dans un contexte où l'expertise tend à être érigée *par* et *pour* les Trans, l'irruption d'une expertise exogène nourrit le sentiment d'une dépossession du travail effectué et des revendications portées de longue haleine. De ce point de vue, ma recherche s'est toujours effectuée de manière ouverte, et ce sur tous les terrains (associatifs, ministériels, professionnels...). C'est pourquoi, plus qu'une observation participante, la méthode retenue s'apparente plus à de la participation observante. Toujours dans son article sur la participation observante et l'observation participante, Bastien Soule met l'accent sur les caractéristiques d'une telle méthode. Il note d'abord que la participation observante implique « *la primauté de l'implication interactionnelle et intersubjective sur la prétention à l'observation objective* ». Cette position entraîne inévitablement une certaine proximité ou intimité avec le terrain, avec les personnes observées. L'intégration du chercheur à son terrain est alors source de tensions méthodologiques et, on ne peut le nier, d'une richesse des observations, plus proches, plus directes. La dimension expérientielle de l'observation devient un élément central de la recherche, tant du point de vue de l'observateur que de l'observé. Néanmoins, cette dimension expérientielle, si elle promet d'ancrer les récits du côté de la subjectivité, dessine aussi un certain nombre d'écueils. Comme le note Bastien Soule : « *Une participation intense* » peut « *éclipser momentanément la lucidité et la disponibilité intellectuelle du chercheur* ». Le terrain transidentitaire et mon expérience auprès des militants furent une illustration parfaite de cette limite méthodologique, me situant à la fois au nom de ma recherche et expérimentant, parfois aux côtés des acteurs du terrain, l'intensité d'une manifestation, d'une rencontre ou d'un débat. C'est sur ce point précis de Soule parle d'une « *participation intellectuellement engagée* ».

Ma proximité avec le terrain transidentitaire et LGBT facilite cet engagement. Ce positionnement s'est d'ailleurs imposé comme une plus-value méthodologique à « *l'entrée sur le terrain* ». Je ne suis ni étranger aux militances LGBT, ni étranger aux revendications Trans. Au sein d'associations comme Mutatis Mutandis<sup>27</sup> ou de rassemblements comme l'Observatoire Des Transidentités<sup>28</sup>, je signe mon investissement sur le terrain d'une certaine partialité.

Puisqu'il s'agit d'appréhender la transidentité d'un point de vue situé, la recherche consiste à saisir les expériences transidentitaires de par les récits transidentitaires, en partant de l'idée

---

<sup>27</sup> <http://www.mutatismutandis.info/>

<sup>28</sup> <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/>

selon laquelle les points de vue féministes ou Trans ne sont en rien plus partiels que les points de vue professionnels présentés comme neutres. Je situe ainsi l'observation des actions et des discours sur la transidentité à l'échelle des différentes interactions qui composent la question Trans, que ce soit dans des interpellations à destination du monde militant, médical ou juridique et dans un cadre hexagonal comme européen. Dans son *Manifeste Cyborg*<sup>29</sup>, Donna Haraway nous incite à étudier l'ensemble de ces « situations particulières » tout en refusant une division répartissant les savoirs situés d'une part et « l'objectivation » d'autre part. Observer c'est alors identifier et reconnaître « *une multiplicité de savoirs locaux ou minoritaires* » selon l'expression de Preciado<sup>30</sup>, des savoirs endogènes aux acteurs concernés et au chercheur lui-même positionné.

La recherche participante et observante ne se place donc pas du côté des entreprises « neutres », mais procède d'une mosaïque d'observations, d'entretiens, d'expériences qui permettent de mieux saisir les subjectivités et les ressorts des expressions Trans. Dans la position du chercheur engagé, d'une participation préalable à l'observation, être « à découvert » est une obligation vis-à-vis des acteurs qui accompagnent la participation du chercheur sur le terrain. Sur la question Trans je n'ai pas participé de ma position d'observateur, j'ai observé au cœur même de ma participation. Et cette participation ne se limitait pas à la proximité géographique avec le terrain, mais, plus spécifiquement, elle prend racine dans les expériences accumulées du terrain. C'est donc aussi une « participation intellectuellement engagée » et une participation « intime », humainement engagée, non pas au sens de ma biographie, mais de celle de mon entourage, notamment amical. L'accès au terrain a pu alors sembler suspect. « Qu'est ce qu'un « non Trans » vient faire là ? », « ne nous vole-t-il pas notre parole ? ». Contrairement à des chercheuses comme Karine Espineira, première Trans à effectuer une thèse sur la question Trans en France, je suis toujours resté, aux yeux de mes interviewés un chercheur plus qu'un militant. Ce constat vient rééquilibrer la place qui fut la mienne lors de cette recherche : en tant que « non Trans » je ne pouvais être qu'aux côtés des Trans et non à la place des Trans.

C'est d'ailleurs cette position particulière qui légitime à la fois la participation observante et plus largement l'existence même de cette recherche qui s'efforce d'être « au plus près » des expériences transidentitaires sans pour autant s'y substituer du fait d'une proximité

---

<sup>29</sup> HARAWAY Donna, *Manifeste cyborg et autres essais*, Exils, essais, 2007.

<sup>30</sup> PRECIADO Beatriz, «saviors vampires @ war», *Multitudes*, n°20, 2005.

géographique ou militante. Mais comment ne pas monopoliser la parole que les militants ont mis tant de temps à acquérir et qui leur est encore si souvent refusée ? Comment ne pas reproduire une position objectivante, de savoir, face à une expertise Trans déjà constituée<sup>31</sup> ?

Ceci revient sûrement à se poser la question suivante : comment ne pas véhiculer cette « maltraitance théorique » dont nous parle Françoise Sironi ? Elle définit ainsi son concept :

*« J'appelle donc maltraitance théorique, une maltraitance induite par les théories, les pratiques ou les dispositifs thérapeutiques inadéquats. Ce phénomène apparaît lorsque les théories sous-jacentes à des pratiques sont plaquées sur une réalité clinique qu'elles recouvrent, qu'elles redécoupent ou qu'elles ignorent. Elles agissent alors comme de véritables discrédits envers la spécificité des problématiques et des populations concernées. Ce type de maltraitance a un impact direct et visible [...] On comprend alors que la portée de la maltraitance théorique n'est pas uniquement clinique, elle est politique.<sup>32</sup> »*

Le terrain impose donc sa méthode. Les spécificités des discours « par » les Trans font donc de l'observation un instant de tension. Jacob Hale, professeur de philosophie à l'université de Northridge, illustre, dans un texte intitulé « *Suggested Rules for Non-Transsexuals Writing about Transsexuals, Transsexuality, Transsexualism, or Trans* » (que je traduis plus bas), cette tension existante entre une expertise par les Trans et les « experts » sur les Trans. On notera que ces règles font aussi écho aux critiques que le militantisme Trans renvoie au monde universitaire et médical<sup>33</sup> :

---

<sup>31</sup> Sur la place du chercheur parmi les militants, voir l'interview de Jean Yves Le Talec par Maxime Cervulle : « Où sont les folles ? »

Disponible sur : <http://www.revuedeslivres.fr/ou-sont-les-folles-maxime-cervulle/>

<sup>32</sup> SIRONI Françoise, « Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique », *Pratiques Psychologiques*, « Les Nouveaux défis éthiques », n° 4, p.3-13, 2003.

<sup>33</sup> En disant cela, je ne m'exempte pas des critiques que je formule.



*Règles pour les non-transsexuels qui écrivent sur les transsexuels, la transsexualité, le transsexualisme, ou les Trans*<sup>34</sup>.

1. Appréhendez votre sujet avec humilité : vous n'êtes pas des experts sur les transsexuels, la transsexualité, le transsexualisme ou le trans. Les transsexuels, eux, le sont.

2. Interrogez votre position et la manière dont vous exercez le pouvoir, pouvoir que nous n'avons pas (y compris les pouvoirs d'accès, le pouvoir juridique, institutionnel, la puissance matérielle...). Interrogez la façon dont cela affecte ce que vous voyez et ce que vous dites. Quel est votre intérêt et qu'est-ce qui est à l'origine de votre intérêt pour cette question ?

3. Méfiez-vous de la reproduction des éléments de discours suivants (que Sandy Stone articule dans « The Empire Strikes Back »<sup>35</sup> et qui nous rappellent un discours colonial) : l'exotisation (« fascination with the exotic »), le refus de la subjectivité ; un manque d'accès aux discours dominants, suivi d'une réhabilitation de ce même discours.

4. Ne pas effacer nos voix, en ignorant ce que nous disons et écrivons, ou par des déformations grossières (comme Hausman le fit à Sandy Stone et à Kate Bornstein), en refusant par exemple nos références académiques ou en insistant sur la condition de disposer de références académiques si nous voulons être pris au sérieux.

5. Soyez prudents avec nos paroles. Elles sont très souvent incluses dans des conversations que nous avons au sein de nos communautés. Nous pouvons participer à des conversations qui se chevauchent au sein de communautés multiples, par exemple, nos communautés trans, nos communautés savantes (aussi bien celles qui sont interdisciplinaires que celles qui sont disciplinairement bornées), les communautés féministes, les communautés queer, les communautés de couleur. Soyez prudents avec ces conversations, leurs lieux, et nos places au sein des structures communautaires, des structures de pouvoir. Sinon, vous ne comprendrez pas nos mots.

6. Ne nous totalisez pas, ne nous représentez pas, nous ou nos discours, comme monolithiques ou univoques. Examinez attentivement chaque utilisation du singulier et du pluriel.

<sup>34</sup> <http://sandystone.com/hale.rules.html>

<sup>35</sup> STONE Sandy, "The Empire Strikes Back. A Posttranssexual Manifesto", *Body Guards*; Routledge 1991.

7. Ne pas citer aveuglément les « experts » non transsexuels, par exemple Harry Benjamin, Robert Stoller, Leslie Lothstein, Janice Raymond, et Virginie-Prince ou Marjorie Garber. Appliquez-leur le même sens critique comme pour n'importe qui d'autre.

9. Lorsque vous parlez des discours MtF<sup>36</sup>, des phénomènes, des expériences, des vies, des subjectivités, des modes de réalisation, etc, rendez-les explicites tout au long de votre démonstration. L'indiquer une ou deux fois n'est pas suffisant pour saper l'ensemble des paradigmes sur la question. Ne jetez pas des références occasionnelles à des discours transsexuels FtM, des phénomènes, des expériences, des vies, des subjectivités, des modes de réalisation, etc, sans vous demander quel est le but de ces références et si oui ou non ces fins sont légitimes.

10. Prenez conscience que si vous nous jugez en référence à votre agenda politique (ou vos agendas) pris comme mesure ou standard, en particulier sans même vous demander si votre ordre du jour pourrait entrer en conflit avec le nôtre ou passer devant le nôtre, qu'il est tout aussi légitime (ou illégitime) pour nous d'utiliser notre agenda politique comme élément de mesure nous permettant de juger votre travail.

11. Mettez l'accent sur ce que regarder les transsexuels, la transsexualité, le transsexualisme, vous fait à vous, et non pas : qu'est ce que cela vous dit sur les sujets trans?

12. Demandez-vous si vous pouvez voyager dans notre univers trans. Sinon, vous n'allez probablement pas saisir ce dont nous parlons. Rappelez-vous que nous vivons la plupart du temps dans un monde non-transsexuel et qu'en conséquence nous avons probablement accès à ce dont vous parlez.

13. Ne vous imaginez pas que vous pouvez écrire sur le trope de la transsexualité, la figure du transsexuel, les discours ou positions des sujets transsexuels, sans écrire au sujet des subjectivités transsexuelles, des vies, des expériences, des modes de réalisation. Demandez-vous quelles relations il y a entre ces constructions catégorielles. C'est-à-dire aussi quelles sont les implications du point de vue de ce que vous écrivez en comparaison avec ce que vous n'écririez pas sur un autre sujet.

---

<sup>36</sup> MtF = Male to Female / FtM = Female to Male

14. Ne vous imaginez pas qu'il y ait un seul trope de la transsexualité, un seul chiffre « du » transsexuel, ou un seul discours transsexuel à n'importe quel endroit.

15. Si l'on s'occupe de vos travaux d'assez près pour se montrer en colère, avec une critique détaillée, ne prenez pas cela comme un rejet, une irritabilité, un trouble délirant ou les effets de l'empoisonnement par la testostérone.

C'est un \*cadeau\*.

Il me semble qu'il faut être vigilant face à ces règles. Ce n'est pas sans rappeler que la transidentité n'est pas le seul sujet qui pose la question de la présence, au sein de la militance comme dans la production d'expertise, des individus qui ne sont pas directement concernés. Proche d'elle, le féminisme a aussi soulevé des interrogations quant à la place des hommes, et notamment des hommes féministes, aux côtés des militantes<sup>37</sup>. C'est ainsi que Christine Delphy écrit :

*« Nous comptons de bons amis parmi les hommes. Nous les fuyons comme la peste, et eux tâchent de forcer notre intérêt (...)*

*Tous ces amis, ces partisans masculins de la libération des femmes, ont plusieurs points communs :*

*- Ils veulent se substituer à nous.*

*- Ils parlent effectivement à notre place.*

*- Ils approuvent la libération des femmes, et même la participation des susdites à ce projet, tant que libération et femmes les suivent et surtout ne les précèdent pas.*

*- Ils veulent imposer leur conception de la libération des femmes, qui induit la participation des hommes, et réciproquement ils veulent imposer cette participation pour contrôler le mouvement et le sens : la direction de la libération des femmes. »<sup>38</sup>*

---

<sup>37</sup> Lire à ce propos la thèse d'Alban Jacquemart : « Les hommes dans les mouvements féministes français (1870-2010) : Sociologie d'un engagement improbable » (sous la direction de Rose-Marie Lagrave, EHESS, 2011)

<sup>38</sup> DELPHY Christine, *L'ennemi principal, Economie politique du patriarcat*, chapitre : « nos amis et nous. Fondements cachés de quelques discours pseudo-féministes », Paris : Syllepse.

Cette vision catégorielle marquée du sceau des « dominants » face aux « dominés » entérine les différences frontales et les réiffie, de telle sorte qu'il deviendrait presque impossible de parler de ce que l'on n'est pas. L'exemple du féminisme montre à quel point la place du chercheur, du militant-chercheur et du chercheur-militant, peuvent entrer en collision. Pour les uns, qui ont été militants avant d'être chercheurs, passer du côté de l'université peut apparaître comme une trahison. Pour les autres, qui sont chercheurs avant d'être militants, le statut véhicule une certaine « illégitimité ». Pourtant, les préconisations de Jacob Hale sont intéressantes à plus d'un égard. Elles imposent à celui qui s'y réfère de prendre en compte les multiples profils Trans, de les prendre en compte comme acteurs et non comme « patients », de porter son regard sur les écrits des personnes concernées et que notre point de vue reste un point de vue situé. Cette dernière observation est tout particulièrement parlante si l'on considère les différentes revendications Trans en France. J'ai par exemple débuté mon observation dans deux terrains militants très différents : l'un attestait d'une proximité avec le monde médical, l'autre s'en éloignait. Parallèlement j'entrais en contact avec des praticiens hospitaliers. Pour les premiers, dont la militance ne rompt pas clairement avec la pathologie, ma connaissance des protocoles devenait un gage de sérieux. Pour les seconds en revanche, porter son attention du côté des protocoles revenait à « collaborer » avec eux.

Ma double casquette, de militant et de chercheur, pouvait alors rassurer comme faire peur. Je devenais tour à tour le militant « non Trans » parmi les Trans ou le chercheur qui menaçait de prendre la parole *sur*. Cette remarque est transposable dans tous les contextes. Pour les psychiatres par exemple, ma casquette de chercheur tendait à assurer un « sérieux », alors que celle de militant effrayait, ou plutôt compliquait les échanges. Lors de mes premiers entretiens avec les praticiens hospitaliers, ma position de chercheur et de sociologue a pu m'apporter un certain éclairage vis-à-vis de leurs pratiques. Selon une psychiatre : « *On ne peut pas parler avec les militants, ils demandent tout, tout de suite [...] Certaines associations restent correctes, ont des revendications décentes, mais les autres...* ». Les angles morts de la clinique du transsexualisme m'étaient alors dévoilés. On me tenait au courant de certains « cas » jugés « *problématiques* » et je communiquais aisément avec de nombreux praticiens, endocrinologues, psychologues, psychiatres ou chirurgiens. Tous souhaitaient m'expliquer ce qu'était le transsexualisme. Plus qu'une relation d'entretien, il s'instaurait parfois une relation de type « pédagogique ». Et très probablement du fait de mon âge, on me définissait le transsexualisme, les catégories mentales, les techniques chirurgicales, les réunions protocolaires, l'histoire des équipes...

J'acceptais volontiers ce rôle « naïf » dans lequel la plupart des praticiens protocolaires m'ont installé le temps d'un entretien. Dans cette configuration, les confidences semblent moins timides : « *Tu comprends Arnaud, me dit un psychiatre, on doit les sauver d'eux-mêmes* ». Selon une autre praticienne : « *Ils (en parlant des Trans) ne veulent pas dire qu'on emploie le mot de 'malade'. Je veux bien, mais si la dysphorie de genre est dans le DSM ce n'est pas pour rien* ». « *C'est qui, qui les aide* » insiste un endocrinologue, « *c'est quand même nous ! Faut pas l'oublier. Non, dans cette affaire ceux qui sont maltraités ce sont les protocoles. On nous fait des réputations injustes* ».

C'est aussi dans ces instants que les praticiens m'ont confié les tensions qui pouvaient exister entre eux. La cartographie des animosités se dessine rapidement lorsque les intervenants sont peu nombreux. L'observation des protocoles comporte des règles. En public par exemple, lorsque j'étais invité à des réunions, on m'a toujours fait comprendre que je pouvais observer, mais pas intervenir. Notons que je ne suis pas parvenu à intégrer réellement un protocole. J'ai été invité à des réunions, à des formations, à des colloques. J'ai effectué des entretiens avec les différents corps de métiers.

Mais je n'ai jamais suivi un entretien avec un « patient ». Ce n'est que par recoupement des informations que je suis parvenu à restituer quelques entretiens, notamment lorsque les psychiatres me parlaient de « *leur dernier patient* », toujours sans les nommer, alors même que ce « *dernier patient* » venait de me raconter sa version de l'entretien avec le psychiatre.

Ces confidences ne sont plus réapparues du moment où j'ai plus nettement affiché mes positions militantes. Les invitations aux formations données par les praticiens d'un des protocoles hospitaliers ne m'ont plus été adressées, les nombreux échanges se sont taris. Et je suis progressivement entré dans la case du « militant », c'est-à-dire de celui qui ne peut pas être objectif et dont les conceptions sont « fantaisistes ». Lors d'une conférence sur la question Trans, une psychiatre m'interpelle. Ses mots illustrent ce sentiment. Nous discutons de la stérilisation des personnes Trans, condition obligatoire à la rectification de la mention de sexe sur l'État Civil et, s'adressant au public, elle prend la parole : « *Je connais Arnaud. Il est jeune, tout plein de fougue. Moi aussi j'aimerais bien faire des choses un peu « olé olé » mais il faut qu'il se rende à l'évidence : les choses évoluent lentement. C'est comme ça.* ».

Deux éléments de rupture vont ternir mes relations avec les protocoles. Le première eut lieu en Avril 2010 lorsque je participais, au nom de l'association Mutatis Mutandis, à l'Assemblée Générale des associations Trans organisée par OUTrans et que je proposais mon aide aux élus de cette Assemblée dans le but de rencontres ministérielles sur la question de la prise en charge du transsexualisme. Visible auprès des militants et portant des positions opposées à celles soutenues par les protocoles hospitaliers, j'ôtai peu à peu mon unique casquette de chercheur pour laisser apparaître celle de militant. En décembre de la même année, avec Karine Espineira et Maud Yeuse Thomas, présidentes de l'association « Sans Contrefaçon », nous décidons de former un « Observatoire Des Transidentités »<sup>39</sup>, qui se propose de publier chaque mois des textes de chercheurs et de militants sur les questions Trans dans une optique dépathologisante. Quelques mois après son ouverture, nous recevons une demande de participation à cet observatoire en provenance d'une psychiatre hospitalière bien connue des militants. Nous refusons, jugeant que cet espace devait rester un espace sans psychiatrie.

Tous les praticiens qui reçoivent des Trans ne font pas partie des protocoles hospitaliers. Contrairement à ceux qui y travaillent, les endocrinologues et psychiatres non-protocoles sont restés en contact avec moi. Les échanges avec ces derniers sont particuliers du fait d'une tension réelle entre leur engagement du côté des personnes en marge des protocoles et le secret qu'ils entretiennent autour de leurs pratiques. Un des psychiatres interrogés revient sur son rôle et sur ces relations avec l'équipe protocolaire : *« Je connais bien le professeur Y - psychiatre d'un protocole hospitalier- et je ne le recommande à personne. Malheureusement je connais bien la situation et beaucoup de transsexuels sont obligés de passer par lui. J'essaye de compenser l'accompagnement qu'il ne propose pas »* [...] *« Bien sur je dis à mes patients qu'ils peuvent donner mon adresse à des personnes qui en feraient la demande. Mais je fais attention. J'ai déjà assez de problèmes comme ça avec des membres de l'équipe, que je connais bien par ailleurs. J'ai l'impression qu'ils voient d'un mauvais œil qu'un collègue les concurrence. »* Les entretiens avec ces psychiatres ou endocrinologues n'ont pas pris la même forme que ceux réalisés avec les médecins hospitaliers. Ils ne se voulaient pas « pédagogiques ». Ces praticiens non-hospitaliers (on trouve aussi des psychologues et des médecins généralistes parmi eux) ont par exemple plus mis l'accent sur le fait qu'ils ne connaissaient rien au transsexualisme avant leurs premiers patients, mais qu'ils avaient appris à leur contact à répondre à leurs demandes.

---

<sup>39</sup> <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/>

La rupture avec les protocoles hospitaliers clarifia enfin mes relations avec le terrain, notamment avec certaines associations. La construction d'un espace, même virtuel, porteur d'une expertise dépsychiatisée, vint alors accréditer l'idée selon laquelle il était possible de travailler avec les Trans même en tant que non Trans, loin de suspicions que pouvaient laisser entrevoir les textes de Hale ou ceux, plus conflictuels, de Delphy à propos du féminisme. Sur ce point, j'aimerais insister sur le fait que j'ai toujours refusé de participer à des émissions sur la question Trans. À plusieurs reprises je fus appelé pour témoigner en tant « *qu'expert* » de la question. Renvoyant immédiatement à des associations compétentes, j'ai remarqué que dans la plupart du temps, c'étaient les psychiatres hospitaliers qui se retrouvaient en situation d'experts. Ceci permet de souligner plusieurs points. Premièrement, les associations ont avec les médias, comme avec l'université parfois, un rapport tendu. Ils choisissent les émissions et les reportages dans lesquels ils apparaissent dans le but de laisser ce qu'ils jugent être la meilleure image de la transidentité. Évidemment, les stratégies et les points de vue associatifs divergent fortement sur cette question. C'est pourquoi être « au plus près » des expériences c'est, au sens sociologique de l'expérience, prendre en compte les subjectivités individuelles et les stratégies, collectives ou isolées, permettant d'assurer sa place et son identité.<sup>40</sup> Deuxièmement, dans les médias comme dans la clinique du transsexualisme, c'est le psychiatre qui tient le rôle d'expert.

D'un point de vue chiffré, quelles sont les personnes interrogées ? Sans cesse en augmentation, le nombre de personnes Trans rencontrées lors de ma thèse, et pour lesquelles la rencontre a donné lieu à un échange, s'élève à plus de 150 (tous types de profils Trans inclus : transsexuels, transgenres, travestis...) issues de 28 associations ou collectifs différents. Les entretiens approfondis sont au nombre de 26. Les entretiens plus succincts au nombre de 34. Tous les entretiens, tous les échanges ne sont pas enregistrés. Mes cahiers de terrain regorgent d'éléments d'échanges, d'observations, de détails des contextes qui me permettent de revenir sur les paroles prononcées sans que celles-ci soient saisies par la contrainte d'un enregistrement.

---

<sup>40</sup> DUBET François, *L'expérience sociologique*, La découverte, 2007.

18% des interviewés sont des praticiens membres de protocoles de changements de sexe, 14% sont des praticiens hors protocoles. Parmi les Trans qui m'ont apporté un témoignage, même concis, 38% sont membres d'associations. Le reste, 30%, ne s'affilie à aucune association (certains de ceux-là ne sont pas Trans eux-mêmes : on comptera alors des parents de personnes Trans, des conjoint.e.s, ainsi que des enfants). Au total, les personnes Trans représentent 64% de mon échantillon. Je ne suis pas parvenu à la parité puisque moins d'un tiers des personnes Trans suivies en entretien sont des FtM. De plus, moins de 10% des personnes Trans interrogées se sont identifiées autrement que FtM ou MtF (« Queer » « Unknown » « Bigenre »). Quelques personnes intersexuées constituent aussi ce panel.

\* \* \*

Cette thèse se proposera donc de revenir sur le passage d'un programme transsexuel construit pour répondre aux demandes thérapeutiques et cliniques des personnes Trans, à la multiplication des parcours et des subjectivités Trans, devenues irréductibles au « transsexualisme ». Dans ce glissement qui marque l'obsolescence du transsexualisme, j'insisterai sur trois étapes clés. Dans un premier temps nous étudierons la construction et le débordement du « transsexualisme » autour de sa clinique, de sa traduction juridique ainsi que de sa réception par les personnes concernées. La cartographie du transsexualisme est redessinée sous l'action conjuguée du droit européen, des catégories psychiatriques internationales en révision et des militants Trans qui soustraient leurs identités à la pathologie et la politise. Ce faisant, les parcours Trans se diversifient. Nous verrons dans un second temps la manière dont le parcours balisé du « transsexualisme » cède sa place à une multiplication de parcours, à entendre comme autant de carrières d'identifications de genre contrariantes vis-à-vis du programme « transsexuel ». Les contraintes protocolaires sont alors résignées par les acteurs eux-mêmes, à l'extérieur comme à l'intérieur des protocoles hospitaliers, dans les interactions avec ce dernier comme dans la création d'associations Trans puissantes.



Enfin, dans une dernière partie nous analyserons le passage de « patients » Trans à la constitution d'une minorité active, en soulignant l'action des acteurs Trans dans la création de marchés des réputations (faites aux chirurgiens ou aux psychiatres) qui orientent les parcours. Aussi, je proposerai une lecture des identités « Trans » et « Cis » qui ne se réduise pas à une opposition binaire mais à des devenirs, à partir desquels il est possible de se déployer singulièrement comme collectivement.



# **I° LE PROGRAMME DU « TRANSSEXUALISME » ET SON DÉBORDEMENT**

Nous appréhenderons ici le « transsexualisme » comme un « programme » médico-juridique, à l'élaboration lente et complexe, lequel est aujourd'hui débordé du côté du droit, des pratiques et des représentations sociales ainsi que du côté de la psychiatrie internationale. Nous montrerons que le programme du « transsexualisme » n'est pas d'un seul tenant, qu'il comporte des contradictions. Son élaboration est le fruit d'une rencontre, entre une demande transidentitaire et des propositions thérapeutiques, psychiatriques, psychologiques, psychanalytiques et endocrinologiques. Si l'étiologie du « transsexualisme » ne fait pas consensus, les praticiens qui se penchent sur la question s'organisent autour d'une réponse clinique : celle de la réassignation. Associé au droit, ce programme de transformation détient en France un « monopole ». Or, aujourd'hui, la question transidentitaire n'est plus réductible à la question transsexuelle. La multiplication des expériences et des expressivités Trans rendent obsolètes les propositions programmatiques de « transsexualisation » telles qu'elles ont été instaurées. La scène juridique, en proie à de fortes tensions entre jurisprudences locales, droit européen et définitions médicales, en est une excellente illustration. Tout comme la psychiatrie internationale, le droit glisse peu à peu d'une définition fermée du « transsexualisme » à une appréciation plus ouverte des expériences de genre vécues et des droits humains. Sous l'effet conjugué du droit, des critiques émises par les personnes concernées et de la psychiatrie internationale, le programme du « transsexualisme » touche aujourd'hui à sa fin, dans les expériences individuelles des personnes Trans comme dans les catégories psychiatriques et juridiques. C'est cette construction historique et cette déprise progressive que je vais tenter de restituer.

L'inscription de la question du changement de sexe et de genre dans une perspective sociologique implique un regard nouveau sur les catégories médicales. Lorsqu'on regarde attentivement ces nomenclatures et leurs histoires, on aperçoit leur instabilité. C'est-à-dire qu'aux définitions apparemment fixes et englobantes du « transsexualisme », puis de la « dysphorie de genre », viennent se greffer des éléments de rupture, des controverses ou des contestations. Trois espaces sont concernés : l'espace psychiatrique, le droit et les espaces corporels et biographiques. De par ces changements, et d'un point de vue méthodologique, le « transsexualisme » ne nous paraît plus être un concept descriptif. Alors qu'il promettait de répondre à des demandes dites « transsexuelles », le « transsexualisme » ne permet plus aujourd'hui de restituer l'ensemble des expériences de vies Trans<sup>41</sup>. Pour le dire autrement, la transidentité<sup>42</sup>, dans ses nouvelles formes, échappe aux présupposés des définitions médicales. La démonstration portera sur deux mouvements. Dans un premier temps, il s'agira de montrer la manière dont le transsexualisme a été proposé afin de répondre à des demandes de changement de sexe. Le programme du transsexualisme est alors instauré autour d'une triple alliance : celle des chirurgiens et des psychiatres avec le droit. Mais comme tout programme, celui du transsexualisme n'est pas évident. Il comprend des zones d'incertitudes, des controverses, des débordements. C'est-à-dire que l'analyse de la construction du « transsexualisme » va immédiatement de pair avec l'analyse de son déclin. Trois espaces nous intéressent alors : celui de la psychiatrie, celui du droit et celui des corps Trans eux-mêmes.

Les catégories psychiatriques internationales ont redéfini le « transsexualisme » en « dysphorie de genre » et en 2010 le terme de « non congruence de genre » a même été proposé afin de remplacer celui de « dysphorie de genre » jugé stigmatisant. Ceci indique un glissement de la déviance à la pathologie et de la pathologie aux souffrances individuelles et donne à voir des zones d'incertitude au cœur même des théories sur la question.

---

<sup>41</sup> De manière à ne pas employer les catégories divisantes de « transsexuels » et de « transgenre » qui, en qualifiant les uns sert immédiatement à disqualifier les autres, je propose, à l'instar de Tom Reucher par exemple, d'employer un vocable plus englobant. En guise de « terme parapluie », le mot de « Trans » permet de saisir l'ensemble des corps et de identités qui dérèglent l'équation sexe-genre-sexualité sans circonscrire notre observation aux seules définitions médicales et en prenant en compte les « auto-appellations » des individus concernés, soit les multiples façons pour l'être de s'énoncer dans un espace de contraintes et d'injonctions.

<sup>42</sup> On emploie le terme de transidentité au même titre que le terme de Trans.

Se lézardant, elles laissent apparaître des instants de controverses ou plus précisément des éléments de mise en controverse dans lesquels les acteurs et les sujets Trans prennent toute leur place. De ce point de vue, il va falloir, pour le dire comme Bruno Latour, « *entrer à l'intérieur de la science qui se fait* »<sup>43</sup>, en s'intéressant aux « *erreurs de catégorie* », aux « *conditions de félicité et d'infélicité* » : « *Si on considère les controverses [...] comme des moments où on commence par ne pas savoir, et où on discute, c'est la voie royale pour entrer dans l'activité scientifique. Donc il fallait [...] trouver un vocabulaire pour vivre dans des controverses, au lieu d'attendre qu'elles se closent pour avoir une réponse.* »<sup>44</sup>

La seule chose sur laquelle il est alors permis de débiter est peut-être la *non-stabilisation* de la question Trans comme question médicale et donc comme question sociale et politique. L'apparente « évidence » de la question Trans, celle d'un *esprit dans un mauvais corps* ou celle de personnes qui *souffrent* d'un traumatisme lié à l'enfance, nous apparaît à l'aune d'un bref aperçu historique tout sauf « évidente ». Cette conflictualité théorique consent à ce que nous avançons aux côtés de la question Trans comme aux côtés d'une question ouverte au-delà de l'unique enceinte médicale. Méthodologiquement il s'agit donc d'appréhender la question Trans comme un « objet frontière » ou une « controverse ».

Ici l'objet de la controverse n'est pas seulement l'appellation psychiatrique du « transsexualisme » mais, plus profondément, la remise en cause de la notion de « différence des sexes » que Geneviève Fraisse éclaire en la pensant du côté du conflit :

*« Penser l'altérité est donc bien penser le différend, le rapport, le conflit. C'est plus difficile évidemment que de penser la différence des sexes à coup d'invariants culturels, anthropologiques ou psychanalytiques, à coup de bons sentiments sur la complémentarité naturelle des sexes, à coup de bonne conscience sur la pérennité d'un mal féminin. »*<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> LATOUR Bruno, « Entretien avec Bruno Latour », FOSSIER Arnaud et GARDELA Edouard, *Revue Tracé*, « Genres et catégories », n°10, 2006.

<sup>44</sup> Op. Cit.

<sup>45</sup> FRAISSE Geneviève, *La différence des sexes*, Paris, PUF, 1996, p.118.

Cette tension dans la mise en controverse de la question Trans pourrait renvoyer à la constitution d'un objet frontière - « *boundary object* » - qui, selon Star et Griesemer<sup>46</sup>, se caractérise par la concertation d'individus et de mondes sociaux différents, soumis à une injonction : trouver un accord généralisable à partir de points de vue antagonistes. Si l'on suit la logique de Patrice Flichy<sup>47</sup>, nous pourrions même dire que la question Trans est d'ailleurs plus un « objet valise » qu'un objet frontière. En effet, l'objet frontière détermine des zones de rencontres moins conflictuelles (un lieu de médiation, d'arrangement), une recherche de solution dans le compromis, d'accommodements, de conciliations et un verrouillage sociotechnique (ne serait-ce que momentané). Or, si les expériences Trans peuvent être appréhendées de la sorte pour le chercheur, il s'avère que très rapidement cet objet se dérobe aux cadres acquis pour en redessiner de nouveau. Le concept d'objet valise indique une étape antérieure à la constitution d'un objet frontière. Il se décline comme un processus instable, une phase de négociation plus conflictuelle. Dans le processus de confrontation des savoirs, cette phase correspond aussi à la rencontre entre des concepteurs et des usagers tous deux animés par des utopies différentes. À l'aune des discussions en cours et des rapports de pouvoir qui traversent la question Trans, nous serions amenés à décrire cette dernière comme un objet controversé. Nous sommes donc dans ce que Bruno Latour<sup>48</sup> nomme *une controverse*, ou tout du moins un conflit de définition ou une mise en controverse de la question Trans, c'est-à-dire un « *débat ayant en partie pour objet des connaissances scientifiques ou techniques qui ne sont pas encore assurées* ». Ce sont « *des situations de vive controverse (risque technologique, incertitude scientifique, multiplicité des scénarios possibles, conflit de valeur morale) pour lesquelles il n'y a pas de modélisation assurée* ». Répondre à une controverse revient donc à « *repérer l'ensemble des solutions et, surtout, les réactions sociales, morales, économiques, organisationnelles différentes qu'elles peuvent entraîner*. Pour ce faire il faut « *cartographier* » « *la gamme des positions actuellement soutenues, aussi aberrantes qu'elles soient* »<sup>49</sup>.

---

<sup>46</sup> STAR S.L., GRIESEMER J., "Institutional ecology, 'Translations', and Boundary objects : amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoologie", *Social Studies of Science*, 1989.

<sup>47</sup> FLICHY Patrice, *L'innovation technique.*, éd. la Découverte, 1995.

<sup>48</sup> LATOUR Bruno, *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, Paris, La Découverte, 1989.

<sup>49</sup> Pour l'ensemble de ces citations voir : <http://controverres.ensmp.fr/wordpress/presentation/>

Dans cette controverse en voie d'élaboration, trois référentiels se confrontent : celui de la médecine et de la psychiatrie qui tente de diagnostiquer, celui des activistes ou du mouvement queer qui tentent de libéraliser le corps et les identités et celui de la psychanalyse qui tente de sanctuariser le sexe comme élément inchangeant. C'est au croisement de ces conflits que se situe l'observation.

Dans un second temps, j'insisterai sur l'importance de l'arène juridique dans la question Trans. Dans l'observation de ce que dit le droit sur changement de sexe il sera intéressant de noter là aussi une évolution. En effet, en l'espace de quarante ans nous sommes passés d'une judiciarisation de la médecine (avec l'interdiction de toucher à un organe sain, mais aussi le concept d'indisponibilité de la personne) à un droit médicalisé sous tutelle psychiatrique. Aujourd'hui, nous tendrions plutôt vers l'élaboration d'un droit individualisé sous l'égide de droits humains fondamentaux. Jusqu'à récemment, l'élément juridique est resté caché derrière les arguments de la médecine, de sorte que le « normal » était le « licite » et « l'anormal » « l'illicite ». Mais la version médico-légale de la question Trans est aujourd'hui en pleine déconstruction de par le droit européen. Ainsi, sur le front juridique, la question Trans connaît une multiplication d'espaces de conflits (mariage, stérilisation, remboursements, jurisprudences locales, droit européen...). L'irruption de l'élément juridique sur une question si longtemps restée médicale est le fruit d'un dernier mouvement, d'une dernière rupture, relative cette fois aux corps et aux identités en changement, en transition, en modification. Pour le dire ainsi : les expériences de genre vécues ne se superposent plus si facilement aux assignations de genre et de sexe. C'est pourquoi la question médicale d'une transition sous la forme d'un « passing »<sup>50</sup> à réaliser laisse apparaître de nouvelles formes corporelles et de nouvelles grammaires transidentitaires qui s'appréhendent plus du côté de la composition, des expériences, des épreuves ou du devenir.

---

<sup>50</sup> Passing : action de « passer », de réussir à endosser les attributs du genre revendiqué. Le passing s'appréhende trop souvent unilatéralement puisque donne une indication quant à la perception d'autrui face à son genre. Le passing se situe dans, à la manière de Simmons, « *dans les yeux de celui qui le regarde* »

L'association Belge « genres pluriels » écrit à ce sujet :

« *Passer, c'est penser. C'est définir sa façon d'être une femme en fonction de notre histoire et de ce que nous sommes, et non pour se conformer à des stéréotypes dépassés et sexistes. Le passing, c'est aussi apprendre en deux à trois ans ce que les jeunes cisgenres apprennent en une quinzaine d'années* »

Disponible sur : <http://www.genrespluriels.be/Transition-MTF-Le-passing.html>

L'association Trans-Aide écrit quant à elle :

« *Angoisse de la personnes trans-identitaire débutante, le passing est un simple moyen de se faire accepter comme membre du genre revendiqué. Il n'a donc rien à voir avec l'opération génitale. Passer, ce n'est pas nécessairement ne pas attirer l'attention, mais être acceptée comme une femme de notre culture. Qu'on sache ou non que vous êtes Trans a finalement assez peu d'importance. C'est bien le genre, et non la biologie, qui permet à une transgenre d'être acceptée comme la femme sociale qu'elle a choisi de devenir...* »

Disponible sur : <http://www.trans-aide.com/ta2-conseils/ta2-conseils-mtf-passing.htm>

Là non plus, d'un point de vue biographique, l'entrée par la transsexualité ne semble plus à même de donner sens aux expériences et aux expressions Trans. Le script du transsexualisme est alors ébranlé par tout un ensemble de « *technologies de genre* »<sup>51</sup> nouvelles : de nouvelles identités, de nouvelles représentations, de nouvelles techniques... Ces technologies de genre, définies par Térésa de Lauretis, sont à la fois ce qui se voit saisi par le genre, ce qui fait tenir les normes de genre, et ce qui octroie des capacités de résistances et de subversions. Grâce aux technologies de genre, les rapports sociaux de genre génèrent des représentations aussi bien que des contre-représentations. C'est le cas du féminisme ou de l'art qui, alors qu'ils sont des lieux d'exercice du pouvoir, se trouvent immédiatement être, dans un même mouvement, des lieux d'appui contre hégémoniques « *susceptibles de briser ou de déstabiliser toute représentation...* »<sup>52</sup> de manière à ce que « *la construction du genre soit aussi affectée par sa déconstruction* »<sup>53</sup>

On retrouve dans les technologies de genre de Lauretis, la formule foucauldienne de « *technologie de sexe* »<sup>54</sup> en lien avec l'instauration d'un régime médical de prononciation du sexe, qui se veut à la fois un régime de contrôle des corps et des pratiques mais aussi un support de résistances à ces contrôles. Il n'y a donc pas « d'ailleurs » aux technologies de genre : elles sont issues des rapports de pouvoir et les redéfinissent. C'est pourquoi, selon De Lauretis, le féminisme est une technologie de genre. À l'instar de Foucault et aux côtés de Lauretis nous pourrions alors dire qu'il ne s'agit pas de se poser la question des « *structures* » du pouvoir sur le sexe, ni même de la domination qui s'exerce sur le sexe (« *domination d'ensemble* » dit Foucault<sup>55</sup>), et en particulier sur les femmes. Car si telle est la proposition, nous réitérons les mots de la bipartition hétérosexuelle et non-Trans que la question Trans vient justement questionner. Nous regardons ici les acteurs au plus près de leurs actions. Il convient donc d'être attentif « *à tel type de discours* », « *à telle forme de vérité qui apparaît historiquement* », aux « *relations de pouvoir les plus immédiates, les plus locales, qui sont à l'œuvre* » de sorte que :

---

<sup>51</sup> LAURETIS Teresa (de). *Théorie queer et cultures populaires. De Foucault à Cronenberg*, La dispute, 2007.

<sup>52</sup> Op. Cit. p.40

Lire aussi : CERVILLE Maxime, « A plusieurs voix autour de Theresa de Lauretis », revue *Mouvements*, La Découverte, n° 57, 2009, pp 138-154.

<sup>53</sup> LAURETIS Teresa, *Ibid.* p.42.

<sup>54</sup> FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, coll. « Tel », Paris, Gallimard, 1976, p.154.

<sup>55</sup> Op cit. p128



« *Le jeu des relations de pouvoir se trouve [...] modifié par son exercice même – renforcement de certains termes, affaiblissement d'autres, effets de résistances, contre-investissements, de sorte qu'il n'y a pas eu, donné une fois pour toutes, un type d'assujettissement stable* »<sup>56</sup>.

Parce qu'il est ici question de la portée des phénomènes Trans en tant qu'éléments perturbateurs des normes de genre, et plus encore, telles qu'elles ont été instaurées et répétées, il est nécessaire d'investir la question des résistances. La répétition des normes est donc toujours imparfaite.

Le livre d'Éric Fassin, « L'inversion de la question homosexuelle »<sup>57</sup>, illustre une de ces résistances. Avec le concept d'inversion : « *On ne se demande plus tant aujourd'hui : comment peut-on être homosexuel? Mais : comment peut-on être homophobe?* ». Ce « *déplacement de l'objet d'analyse* »<sup>58</sup> est également visible dans la question Trans. Dans son « Histoire des transsexuels en France »<sup>59</sup>, Maxime Foerster conclut d'ailleurs par un chapitre intitulé « Nommer et combattre l'ennemi : la transphobie ». Si « l'inversion » telle qu'elle s'entend chez Fassin n'est pas pleinement perceptible pour la question Trans, elle n'en demeure pas moins une réalité. En effet, les associations Trans, tout comme le droit européen, se font l'écho de cette « lutte contre la transphobie » dont on peine à entrevoir les contours en France, en dehors de la très médiatique journée IDAHO<sup>60</sup> qui consacre depuis quelques années une partie de ses revendications à cette cause. J'avais tenté d'évoquer « les renversements »<sup>61</sup> qu'impose la question Trans aux cadres qui lui sont imposés, mais *l'histoire des transidentités* est en réalité une histoire faite de micro-ruptures et c'est en ce sens que le terme de « renversement » ne semble pas un terme à propos. Mettre l'accent sur les débordements du programme transsexuel c'est donc mettre l'accent non pas sur un instant, une *page que l'on tourne* et qui serait définitivement tournée, mais sur l'apparition de nouveaux éléments perturbateurs d'une donne sociale instituée.

---

<sup>56</sup> Idem

<sup>57</sup> FASSIN Eric, *L'inversion de la question homosexuelle*, Amsterdam, 2005.

<sup>58</sup> BORILLO Daniel, *L'homophobie*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2001.

<sup>59</sup> FOESTER Maxime, *L'histoire des transsexuels en France*, H&O, 2006.

<sup>60</sup> International Day Against Homophobia and transphobia

<sup>61</sup> ALESSANDRIN Arnaud, « Droit, psychiatrie et corps Trans, le triple débordement », *Aux frontières du genre*, (dir.), p.153, L'harmattan, 2012.

Un des éléments de rupture réside justement dans la désunion entre les « assignations de genre » et les « expériences de genre vécues ». C'est-à-dire que le programme de socialisation distributif d'une bicatégorisation hiérarchisée des sexes et des genres ne fonctionne plus, ou tout du moins pas pour tous. Comme tout programme, il connaît des failles. C'est du côté de la subversion et des performances que cette rupture est initiée. Ce que Judith Butler<sup>62</sup> nomme la « discursivité » illustre ce passage d'une identité et d'un corps agi à une identité et un corps agissant et actant. Pour le dire autrement : s'il y a des éléments de nouveauté c'est que les individus font quelque chose de ce que l'on fait d'eux<sup>63</sup>. Aussi, si les certitudes se déséquilibrent, c'est qu'en se centrant sur les marges on finit par fragiliser le centre<sup>64</sup>.

Mais d'un point de vue conséquentiel il ne faudra pas faire porter à ces nouveaux éléments perturbateurs les attentes d'un renversement immédiat. D'abord, parce qu'à trop penser les minorités comme porteuses de changement radical on risque de les surinvestir<sup>65</sup>. Mais surtout parce que les résistances sont des microphénomènes avant d'être des événements sociaux conséquents. Ceci ne retire en rien l'impact des résistances et des redéfinitions qui sont à l'œuvre dans l'histoire de la transidentité. Des pratiques sexuelles les plus intimes<sup>66</sup> aux plus importantes jurisprudences, tout concourt au changement. En s'intéressant aux ruptures, on interroge la linéarité de l'histoire de la reproduction<sup>67</sup>, celle qui pose la question de ce qui préside à la régularité des comportements et non celle de la variété des comportements.

---

<sup>62</sup> BUTLER Judith, *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, (première version 1990), Paris, La découverte. 2005.

<sup>63</sup> BELLEBEAU Brigitte, « À quelles conditions puis-je faire quelque chose de ce qui est fait de moi ? », « Le désir de reconnaissance : entre vulnérabilité et performativité », 10 février 2011, MSHA, Bordeaux 3. Disponible sur : <http://vulnerabiliteperformativite.wordpress.com/>

<sup>64</sup> SCHEMAN Naomi, "Queering the Center by Centering the Queer: Reflections on Transsexuals and Secular Jews," in *Feminists Rethink the Self*, ed. Diana Tietjens Meyers, Westview Press, 1997.

<sup>65</sup> Le travail de Daniel Welzer Lang est de ce point de vue très intéressant. Parmi de nombreuses recherches, il aura montré le paradoxe entre l'émancipation homosexuelle et l'image négative de la folle ou des bisexuels dans cette même communauté :

WELZER-LANG Daniel, « Le gueuloir bi ou comment la biphobie vient aux gais », *Psicologica Politica*, vol. 4, n°8, pp 307, 2005.

WELZER-LANG Daniel, LE-TALEC Jean-Yves, TOMOLILLO Sylvie, *Un mouvement gai dans la lutte contre le sida : les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence*, l'Harmattan, collection « logiques sociales », 2000.

<sup>66</sup> PRECIADO Beatriz, *Le manifeste contra-sexuel*, Balland, 2000.

<sup>67</sup> BOURDIEU Pierre, *La domination masculine*, Seuil, 1998.

Si l'on considère l'histoire de la transidentité et plus généralement « *l'exercice de la liberté* »<sup>68</sup> comme « *une pratique d'improvisation dans une scène de contrainte* », pour le dire comme Butler, on se confronte à bien plus que des « *parodic performances* » aux « *résultats trop minces et trop incertains* »<sup>69</sup> dont Bourdieu pensait qu'elles n'iraient pas contre une « *éternalisation de l'arbitraire* »<sup>70</sup> et de la subordination. L'analyse de cette subversion devient donc l'analyse des débats dont on aurait pu croire qu'ils étaient clos du fait d'une stabilité apparente. Or, à y regarder de plus près, l'histoire des transidentités n'a jamais été une histoire apaisée, une histoire linéaire. Elle a connu des ruptures et ce sont ces ruptures qu'il s'agit de rappeler. Les éléments de cette histoire renvoient alors au passage d'une théorie forte sur « le transsexualisme », ce qu'Éric Macé nomme le « programme fort » du transsexualisme<sup>71</sup>, au fractionnement des expériences de vies Trans qui ne se laissent plus saisir d'un point de vue unique, surplombant et pathologisant.

---

<sup>68</sup> BUTLER Judith, *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, (première version 1990), Paris, La découverte. 2005.

<sup>69</sup> BOURDIEU Pierre, *La domination masculine*, Seuil, p.9, 1998.

<sup>70</sup> *Ibid.* p.7

<sup>71</sup> MACE Eric, « Ce que les normes de genre font aux corps / ce que les corps trans font aux normes de genre », *Sociologie*, vol.1, PUF, 2010.

## 1.1° LA CLINIQUE DU TRANSSEXUALISME

Refaire l'histoire du transsexualisme, en faire « l'archéologie », c'est en contester l'apparente « évidence ». Et il me semble qu'on ne peut pas réellement comprendre ce qui se joue avec les mouvements Trans si l'on ne revient pas un instant sur le concept même de « transsexualité » tel qu'il a été inventé, imposé et tel qu'il est redéfini actuellement. Dans cette histoire de la transidentité, quatre périodes peuvent être repérées. La première précède l'invention du terme de « transsexualisme ». À la manière de Michel Foucault avec l'homosexualité dans *l'histoire de la sexualité*, nous envisagerons la « transsexualité » comme une création médicale, endocrinologique et psychiatrique<sup>72</sup>. Avant la « transsexualité » donc, pas de « transsexuels ».

Concernant l'homosexualité, Foucault écrivait :

*« Il ne faut pas oublier que la catégorie psychologique, psychiatrique, médicale de l'homosexualité s'est constituée du jour où on l'a caractérisée – le fameux article de Westphal en 1870, sur les « sensations sexuelles contraires », peut valoir comme date de naissance - moins par un type de relations sexuelles que par une certaine qualité de la sensibilité sexuelle, une certaine manière d'intervertir en soi-même le masculin et le féminin. L'homosexualité est apparue comme une des figures de la sexualité lorsqu'elle a été rabattue de la pratique de la sodomie sur une sorte d'androgynie intérieure, un hermaphrodisme de l'âme. Le sodomite était un relaps, l'homosexuel est maintenant une espèce. »<sup>73</sup>*

La transsexualité pourrait trouver ses prémices définitionnels dans la déprise avec l'homosexualité qu'initie en 1925 Magnus Hirschfeld dans « *The Transvestites, the erotic drive to cross dress* »<sup>74</sup>, article dans lequel il écrit :

*« N'avons-nous pas à faire à un phénomène indépendant (de l'homosexualité), complexe, et qui ne pourrait pas être ordonné en fonction des modèles reconnus de notre temps ? »<sup>75</sup>.*

---

<sup>72</sup> Op. Cit.

<sup>73</sup> FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité, Tome 1 : la volonté de savoir*, Gallimard, Collection : Bibliothèque des histoires, 1976.

<sup>74</sup> HIRSCHFELD Magnus, *Transvestites: The erotic drive to cross dress*, N.Y., Prometheus Books, 1991. (Première édition 1910).

À partir des premières définitions du « transsexualisme », l'histoire de la transidentité connaît certaines dispersions. De nouveaux éléments de controverses apparaissent de telle sorte que les cartes du débat autour de la transidentité sont sans cesse redistribuées. On peut trouver cinq éléments qui fournissent à la lecture de cette histoire un éclairage sur des moments de glissement d'une arène à une autre, d'acteurs à d'autres.

Le premier élément est celui de « l'invention de la transsexualité » en 1953. Avec le concept, un nouvel acteur apparaît sous la figure du psychiatre, délaissant petit à petit celle du psychanalyste. Le second élément de perturbation est, en France tout du moins, l'instauration de protocoles de transsexualisation, en 1979, qui viennent endiguer des expériences et classifier les demandes de reconnaissances. Le troisième élément de reconfiguration de la question Trans est l'élaboration progressive d'un mouvement militant Trans, d'associations et d'acteurs visibles. Dès l'instauration des protocoles, le militant devient un acteur central de la controverse Trans. Mais il faut attendre 1996 et l'apparition du ZOO (séminaire dirigé par Marie Hélène Bourcier) pour que la figure du militant devienne celle de l'expert et que la question du transsexualisme devienne une question politique. C'est avec l'association du GAT (Groupe Activiste Trans) que ce basculement est le plus visible. Pour Bastien, jeune Trans parisien, militant depuis peu, les Trans d'aujourd'hui sont « *les enfants du GAT* ». Plus récemment, la double activation des arènes juridiques et psychiatriques internationales tend elle aussi à redistribuer les savoirs.

Alors, pourquoi proposer une nouvelle histoire des transidentités ? Certes, il y eut la « métamorphose impensable » de Pierre Henri Castel<sup>76</sup> et « l'histoire des transsexuels en France » de Maxime Foerster<sup>77</sup>, mais il m'a semblé qu'aucune de ces deux histoires ne répondait exactement à ce que l'on peut attendre d'une histoire des transidentités.

---

<sup>75</sup> Traduction de : WHITTLE Stephen, STRYKER Susan, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, 2006.

<sup>76</sup> CASTEL Pierre-Henri, *La métamorphose impensable*, Gallimard, 2003.

<sup>77</sup> FOESTER Maxime, *Histoire des transsexuels en France*, H&O, 2006.

En effet « la métamorphose » s'est avérée être une entreprise de restauration de la psychanalyse<sup>78</sup> face au changement anatomique de sexe et, ce faisant, n'a pas hésité à déployer une certaine dose de « maltraitance théorique »<sup>79</sup>, nous pourrions dire de maltraitance nominale, vis-à-vis des personnes concernées<sup>80</sup>. En relisant les différentes interventions de l'auteur sur son propre livre qui faisait face à un certain nombre de critiques<sup>81</sup>, nous pouvons nous apercevoir que le point de crispation entre « *la métamorphose* » et ses détracteurs se situe théoriquement sur la place de la performativité, du genre et de la discursivité comme éléments de changement, non seulement des vies individuelles, mais plus généralement de l'ensemble de la « communauté » Trans<sup>82</sup> : « *Il n'y a pas grand-chose à craindre, ni à espérer, de ces supposés ébranlements de notre psychisme ou de notre vie sociale par la promotion militante du genre. C'est un peu triste, vu la beauté littéraire de certains essais anglo-saxons sur le sujet, mais c'est ainsi* »<sup>83</sup> écrit Pierre Henri Castel. Mais surtout, une des hypothèses de l'œuvre, c'est qu'il ne saurait y avoir d'extérieur à la différence des sexes. Le genre y est décrit comme une « *contre-évidence savante* » puisqu'il y a « *une certitude du corps que rien, strictement rien, ne peut ébranler* »<sup>84</sup>. Et le relativisme culturel issu des observations anthropologiques ne déstabilise en rien cette fixité : « *C'est un scepticisme ou un relativisme faible qui s'appuie sur ces contre-exemples pour mettre en cause l'universalité du dimorphisme sexuel et des normes hétérosexuelles qui s'y articulent* »<sup>85</sup>.

---

<sup>78</sup> Pierre Henri Castel s'attaque à ce qu'il nomme « *une machine de guerre anti-psychanalytique* » (*op. cit.* p.69) et l'on pourra citer le titre explicite d'une note de lecture sur cet ouvrage : BOTTERO Alain, « Le bistouri ou Lacan? Compte rendu de l'ouvrage de P.-H. Castel la métamorphose impensable », *Neuropsychiatrie*, Tendances et Débats, n°26, pp.45-48, 2005.

<sup>79</sup> SIRONI Françoise, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, 2011.

<sup>80</sup> En nommant notamment les personnes en transition par leur genre ou leur prénom de départ et non par leur genre revendiqué, comme le montrent les notes 7, 12 ou 27 (entre autre) de son chapitre 3 intitulé « *Ma psychose c'est mon état civil* ».

<sup>81</sup> <http://natamauve.free.fr/>

<sup>82</sup> CASTEL Pierre-Henri, « Le transsexuel, son ennemi idéologique et la liberté de choisir son « genre » : Ultime et vain plaidoyer pour *La métamorphose impensable* », *Revue Mir*, 2007, pp.192-201.

<sup>83</sup> CASTEL Pierre-Henri, « Distinguer sexe et genre, de l'exigence empirique à l'impasse conceptuelle : le moment stollérien » disponible sur : <http://pierrehenri.castel.free.fr/Articles/sexegenre.htm>

<sup>84</sup> *Ibid.* p.404

<sup>85</sup> *Ibid.* p.325

Enfin, toujours selon Castel, en rendant pensable un au-delà de la différence du sexe, c'est à l'humanité même que l'on s'attaque :

*« Ce que le transsexualisme a de funeste, dès lors, on le devine. [...] Détruisant cette opposition encore plus fondamentale des sexes, le transsexuel s'en prend au principe de l'humanisation comme tel. »<sup>86</sup> « Les transsexuels, ai-je défendu, posent les questions de principe touchant la manipulation délibérée de l'humanité par les individus qui la composent. Si l'on pouvait saisir avec exactitude ce qui les a engendrés, et comme individus, et comme « phénomène » [...], mais aussi ce que leur démarche comme leur réflexion sur leur situation extraordinaire engagent pour tous, on pourrait peut-être extraire d'une vision de l'avenir peinte aux couleurs du rêve, une pointe anti-prophétique de vérité et de lucidité froide »<sup>87</sup>*

Quant à « *l'histoire des transsexuels en France* » de Maxime Foerster, on pourra souligner une certaine « exotisation »<sup>88</sup> des personnes Trans, saisies entre la prostitution et le cabaret. Tout simplement, l'analyse de Foerster n'est pas une histoire du concept de « transsexualité » et ni même une analyse récente puisqu'elle s'arrête en 2005. Il faudra souligner néanmoins l'excellente perspective d'inversion autour de la question de la Transphobie et la reprise des revendications du GAT<sup>89</sup> comme preuve de la centralité des mouvements Trans dans la question Trans. Aussi, sur ce point, nous devons évidemment souligner le travail fait par les Trans eux-mêmes pour formuler leur histoire, notamment Karine Espineira<sup>90</sup> et ses recherches sur le traitement médiatique de la question Trans en France, qui nous donnent des pistes indispensables à l'analyse du mouvement Trans ou, pour le dire comme Maud Yeuse Thomas, de la controverse Trans<sup>91</sup>. Posons alors cette double question : de quoi la transsexualité est-elle le produit ? Mais aussi : que produit le concept de transsexualité ?

---

<sup>86</sup> Ibid. p.120

<sup>87</sup> Ibid. p.410

<sup>88</sup> CERVILLE Maxime, *Homo-exoticus, classe race et politique queer*, Armand Colin, 2010.

<sup>89</sup> <http://transencolere.free.fr/>

<sup>90</sup> ESPINEIRA Karine, *La transidentité, de l'espace médiatique à l'espace public*, L'harmattan, 2008.

<sup>91</sup> THOMAS Maud-Yeuse, « La controverse trans », dossier *trans* révolution, mouvements, 2007.

### **1.1.1 Avant « la transsexualité », pas de transsexuels.**

Dans une optique constructiviste, nous dirons qu'avant le « transsexualisme » comme entité nosographique définie et définissable, il n'y avait pas de « transsexuels ». Le mot même de transsexualité n'existait pas. Ne faisons donc pas d'anachronisme conceptuel : pas de transsexuels avant la transsexualité. En 1982, la revue *communications* éditait un numéro intitulé « Sexualités occidentales »<sup>92</sup>. Dans ce numéro, la question de « l'invention » de l'homosexualité est posée. Elle y est tranchée timidement. Michel Foucault y participe<sup>93</sup>, Paul Veyne y écrit un article intitulé « L'homosexualité à Rome »<sup>94</sup> et Philippe Ariès revient sur cette idée selon laquelle « L'homosexualité serait une invention »<sup>95</sup> :

*« Des livres ont paru, dans les dernières années, qui suggèrent que l'homosexualité serait une invention du XIXe siècle. Dans la discussion qui a suivi son exposé, Mickael Pollak a exprimé sa réserve. Le problème paraît cependant intéressant. Entendons-nous : cela ne veut pas dire qu'il n'y avait pas auparavant d'homosexuels – hypothèse ridicule. Mais on connaissait seulement des comportements homosexuels, liés à certains âges de la vie ou à certaines circonstances [...]. Comme le fait remarquer Paul Veyne, ce que nous savons de l'antiquité classique témoigne non pas d'une homosexualité opposée à une hétérosexualité, mais d'une bisexualité dont les manifestations « paraissaient » commandées par le hasard des rencontres plutôt que par des déterminismes biologiques »*

Il faut être plus net sur cette question, de plus que le concept même de « bisexualité » ne serait être adéquat pour décrire un fait historique antérieur à son invention. Depuis près de 30 ans maintenant les recherches sur la question se sont développées<sup>96</sup> et nous devons positionner à présent notre observation à la jonction du mouvement « constructiviste » (en opposition avec le mouvement essentialiste) et du *linguistic turn*<sup>97</sup> exigeant de prendre en compte « l'historicité des questions historiques »<sup>98</sup> et les catégories de discours des acteurs étudiés<sup>99</sup>.

---

<sup>92</sup> ARIES Philippe, BEJIN André, « Sexualités occidentales », *Communications*, n°35, Seuil, 1992.

<sup>93</sup> FOUCAULT Michel, « Le combat de la chasteté », *Communications*, n°35, Seuil, 1992.

<sup>94</sup> VEYNE Paul, « L'homosexualité à Rome », *Communications*, n°35, Seuil, 1992.

<sup>95</sup> ARIES Philippe, « Réflexions sur l'histoire de l'homosexualité », *Communications*, n°35, Seuil, 1992.

<sup>96</sup> BROQUA Christophe, « La construction sociale de l'homosexualité », *Genre, sexualité et société*, h-s 1, 2011.

<sup>97</sup> BERGER Stefan, « Écrire le passé dans le présent », *Diogenes* 1-2 n° 229-230, 2010.

<sup>98</sup> PROST Antoine, *Leçons sur l'histoire*, paris 1996, p.79



Dans son texte « Le genre et l'histoire contemporaine des sexualités »<sup>100</sup>, Sylvie Chaperon cite David Halperin<sup>101</sup> :

« Comme le dit David Halperin : « l'homosexualité présuppose la sexualité [...], et la sexualité elle-même est une invention moderne constructionniste. [...] David Halperin, qui est antiquisant, nous dit qu'il faut prendre les grecs au mot, or il est impossible de trouver un équivalent grec au mot « homosexualité. Leurs catégories de pensées doivent être restituées »

Il convient de souligner trois choses. Premièrement, ce qui vaut pour l'observation historique du passé vaut aussi pour l'observation de nos contemporains. On s'efforcera alors d'exprimer les situations observées en fonction de référents grammaticaux qu'il convient d'utiliser. Deuxièmement, dans un jeu de miroir efficace, si les minorités sont des créations modernes, les majorités le sont aussi. Et s'il est possible d'établir une histoire de « l'invention de la culture hétérosexuelle »<sup>102</sup>, il sera possible de proposer une histoire des « cis-identités »<sup>103</sup>. Enfin, il est intéressant de noter qu'à « nommer » et à « classer » « qui sont les autres ? »<sup>104</sup>, on se nomme soi-même. Ainsi, comme l'a montré Jonathan Katz<sup>105</sup> c'est en définissant l'homosexualité que la définition actuelle de l'hétérosexualité s'est constituée. Ces « frères siamois » de la sexualité<sup>106</sup>, dont un seul reste du côté « du normal et du normatif »<sup>107</sup>, se sont engendrés dans un mouvement intéressant puisque, selon Jean Claude Féray<sup>108</sup>, ce n'est qu'en 1869 que Karl-Maria Kertbeny délimita pour la première fois une différence entre l'homosexualité et ce qu'il nommait encore la « normalsexualité », et qui deviendra, selon le long processus décrit par Katz, le concept d'hétérosexualité<sup>109</sup>.

---

<sup>99</sup> Ce qui pourrait apparaître comme un changement « méthodologique » détient aussi une promesse de reformulation des faits historiques dans leur ensemble.

<sup>100</sup> CHAPERON Sylvie, « le genre et l'histoire contemporaine des sexualités », *Hypothèses*, 1, p.3331, 2004.

<sup>101</sup> HALPERIN David, *Cent ans d'homosexualité et autres essais sur l'amour grec*, Paris, 1996.

<sup>102</sup> TIN Louis Georges, *L'invention de la culture hétérosexuelle*, éd. Autrement, Paris, 2008.

Lire aussi : KATZ Jonathan, *L'invention de l'hétérosexualité*, Paris, Epel, 2001.

<sup>103</sup> En opposition avec les « transidentités ». Le préfixe « Cis » signifiant : « du même côté de ».

<sup>104</sup> DELPHY Christine, *Classer, dominer, qui sont les « autres » ?*, La fabrique, 2008.

<sup>105</sup> KATZ Jonathan, *L'invention de l'hétérosexualité*, EPEL, 2002.

<sup>106</sup> Ibid. p.69

<sup>107</sup> Ibid. p.84

<sup>108</sup> FERAY Jean-Claude, « Une histoire critique du mot hétérosexualité », *Revue Arcadi*, Janvier 1981.

<sup>109</sup> Lire aussi : GIAMI Alain, « Cent ans d'hétérosexualité », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 128, 1999. pp. 38-45

De même, nous pourrions dire que c'est en délimitant l'existence de l'autre comme « transsexuel », dans le registre de l'anormalité puis dans de la pathologie, que l'on délimite dans un même mouvement les cadres définitionnels et expérientiels des non-Trans, c'est-à-dire des « cis » genres.

Si aujourd'hui ces frontières sont poreuses, en faire l'archéologie permet d'en extraire l'aspect contingent. Comme l'histoire de l'homosexualité, l'histoire de la transidentité est celle d'une construction sociale, « qui nomme et qui classe »<sup>110</sup> selon l'expression de Françoise Héritier. Ce qui ne signifie pas qu'il n'y eut pas d'expressions d'un désaccord sexe-genre avant l'invention du concept de « transsexualisme ». Pour preuve, les écrits de Freud sur le « Président Schreber »<sup>111</sup> ou l'histoire d'Herculine Barbin (1838-1868) que nous restituons Michel Foucault<sup>112</sup>. Néanmoins, le vocabulaire de l'époque n'est pas au transsexualisme. Comme le souligne Bernice Hausman le transsexualisme n'est pas un désir atemporel mais un fait médical, historiquement situé :

*« Complètement dépendant, comme fait social et scientifique, du développement de techniques médicales telles que l'endocrinologie et la chirurgie plastique, et de leur capacité à établir les conditions nécessaires à l'émergence d'une demande pour le changement de sexe, comprise comme indicateur de la subjectivité transsexuelle »<sup>113</sup>.*

Si le « transsexualisme » prend forme c'est qu'il s'institutionnalise et se médiatise, donnant sens aux expériences de genre non congruentes.

---

<sup>110</sup> HERITIER Françoise, « *Homme, Femme, la construction de la différence* », éd. Le Pommier, 2005

<sup>111</sup> FREUD Sigmund, *Le Président Schreber*, PUF, 2004.

<sup>112</sup> FOUCAULT Michel, *Herculine Barbin, dite Alexina B.*, Gallimard, 1978.

<sup>113</sup> HAUSSMAN Bernice, « *Changing sex, transsexualism, technology and the idea of gender* », Duke Press, 1995. Citée dans GARDEY Delphine, « Les sciences et la construction des identités sexuées » *Annales histoires sciences sociales*, Editions de l'EHESS, 2006, p.666.

### **1.1.2 « Transsexualisme » : conflits étiologiques et solutions thérapeutiques**

Le programme du « transsexualisme » n'est pas d'un seul tenant. Il se fonde, dans un couple symptôme-thérapie, sur le constat médical d'une souffrance, associée à une demande transidentitaire de médicalisation. Si c'est la psychiatrie qui endosse aujourd'hui le rôle de « gardienne » du « transsexualisme », l'unité du programme n'est pas évidente. Car les pistes étiologiques sont nombreuses, voire même contradictoires. Neurobiologie, psychanalyse, psychologie, endocrinologie : qui peut dire ce qu'est le « transsexualisme » ? Dans l'histoire de sa construction, le « transsexualisme » est successivement passé d'une question sociale à une question médicale (avant de revenir, aujourd'hui une question sociale). En se séparant de la psychanalyse puis avec l'essor de la sexologie et de la chirurgie, le « transsexualisme » se situe telle une question psychiatrique. Si ce programme est aujourd'hui déstabilisé, il s'est longtemps présenté comme un programme, non pas cohérent, mais fort, au sens où il proposait de transformer des hommes en femmes et des femmes en hommes dans une lecture thérapeutique. Mais l'histoire du « transsexualisme » français, à l'inverse des États-Unis, est marquée par des réticences psychanalytiques fortes. Dans ce contexte, son institutionnalisation s'en trouvera changée.

- **Le « transsexualisme » : construction d'un problème psychiatrique**

Les théories sur la question sont, dans un premier temps, dominées par une pensée psychanalytique forte, hégémonique, associant tour à tour le désir de changement de sexe et le travestissement au fétichisme ou à l'homosexualité (elle-même considérée comme une perversion<sup>114</sup>). À partir de la Première Guerre mondiale, la science entre dans une période de recherches denses sur « l'hermaphrodisme » et les glandes hormonales, auxquelles on corrèle parfois « l'homosexualité »<sup>115</sup> dans une tentative de définir le sexe et la sexualité par les hormones.

---

<sup>114</sup> MICHEL Aude, « Vers une conceptualisation du transsexualisme », *Ann. Méd.-psycho.*, 163, n°5, pp.37, 2005

<sup>115</sup> MAGNAN Valentin, « Inversion du sens génital chez un pseudo-hermaphrodite féminin. Sarcome de l'ovaire gauche opéré avec succès », *Bulletin de l'académie nationale de médecine* n°65, 1911.

Mais la psychanalyse est contrariée par les premiers essais chirurgicaux et hormonaux, notamment en Allemagne où les sexologues se demandent pourquoi, si les mutilés de guerre peuvent bénéficier d'un corps réparé, les personnes Trans n'en bénéficieraient-elles pas?<sup>116</sup> C'est dans ce contexte qu'en 1918, dans une volonté de répondre aux demandes transidentitaires, Magnus Hirschfeld témoigne d'un premier traitement chirurgical sur Dora<sup>117</sup> en deux temps (une mastectomie en 1918 et une pénectomie en 1921). L'année d'après il fonde à Berlin le premier institut de sexologie. Hirschfeld devient vite un précurseur. En 1925, il écrit « The Transvestites, the erotic drive to cross dress »<sup>118</sup>. Concernant le travestissement il écrit : « *N'avons-nous pas à faire à un phénomène indépendant (de l'homosexualité), complexe, et qui ne pourrait pas être ordonné en fonction des modèles reconnus de notre temps ?* »<sup>119</sup>.

Déjà en 1910<sup>120</sup>, dans ce que l'on pourrait considérer comme étant le premier écrit scientifique sur la question Trans, Hirschfeld classifiait les « travestis », au même titre que les homosexuels, dans un des innombrables types de « sexes intermédiaires » qu'il faisait exister sur un spectre allant d'une hypothétique « pure femelle » à un hypothétique « pur mâle ». En 1925, dans la seconde version de ce texte, et contrairement à Krafft-Ebing<sup>121</sup>, Hirschfeld dessaisit le travestissement de sources traumatiques durant l'enfance. Il développe alors l'idée d'un « processus » d'associations d'images et de représentations fétichistes, sexuelles ou masochistes.

---

<sup>116</sup> Le « *The Transgender Studies Reader* » de Susan STRYKER et Stephen Whittle (Routledge, 2006, p.40) souligne que « la revue « *sexology* » rapporte de nombreux cas de pénis artificiels. Cependant, tous ces cas sont des hommes (entendre qu'il n'y a donc pas eu réassignation). Pendant la guerre beaucoup de soldats ont été mutilés par des pistolets ou des mines ce qui les priva entièrement ou partiellement de leurs pénis. Grace à la chirurgie plastique des organes artificiels ont été construits. De tels organes, assez étrangement, permettent au sujet d'avoir une vie maritale satisfaisante. »

<sup>117</sup> HIRSCHFELD Magnus, *Sexualpathologie. Sexuelle Zwischenstufen*, 2, Marcus & Weber, 1922.

<sup>118</sup> HIRSCHFELD Magnus « The Transvestites , the erotic drive to cross dress ». *Op. Cit.*

<sup>119</sup> STRYKE Susan, WHITTLE Stephen, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, 2006, p.28.

<sup>120</sup> HIRSCHFELD Magnus, « *Die Tranvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichen casuistischem und historischem Material* », Pulvermacher, Berlin, 1910.

<sup>121</sup> KRAFFT-EBING Richard von , « *Psychopathia sexualis with special reference to contrary sexual instinct: A medical-legal study.* » Stuttgart, 1886.

Mais il stipule<sup>122</sup> :

- 1- On ne trouve pas d'expressions masochistes chez tous les travestis : le masochisme peut être présent, mais rarement comme motivation au travestissement ;
- 2- Le travestissement peut aller de pair avec « *l'illusion* » de changer de sexe (c'est le mot utilisé, même si nous lisons plus loin, de la plume d'Hirschfeld, qu'un de ses patients « *trouve ça naturel de se prendre pour une femme durant le coït* »)
- 3- L'habillement peut être l'expression d'une « *condition mentale* », dans des cas d'hommes qui souhaitent devenir femme par exemple (il traduit ces « *formes anormales de sexualité* » en « *conduites divergentes* »)<sup>123</sup>

Il développe alors « La théorie des intermédiaires » dans laquelle il différencie :

1. Les organes sexuels
2. Les caractéristiques physiques
3. Les conduites sexuelles
4. Les émotions caractéristiques

Le premier cas intermédiaire est représenté par l'image de l'hermaphrodite. Le second groupe par des individus dont le corps donne à voir des caractéristiques habituellement visibles sur l'autre sexe. Il donne sept cas de « *caractéristiques physiques intermédiaires* » comme par exemple des hommes avec formations mammaires. Ce second groupe peut donc inclure « *de nombreux profils* ». Le troisième groupe se compose de différentes « *formes d'expressions* » par exemple les « *bisexuels* ». Le dernier groupe, regroupant les « *émotions caractéristiques* », inclut les personnes qui vivent dans le sexe opposé (qu'il nomme les « *travestis* »).

Cependant, la rupture avec le travestissement et l'homosexualité n'interviendra que sous la plume d'Harry Benjamin dans un texte intitulé « *Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somato-psychoc syndromes* »<sup>124</sup>.

---

<sup>122</sup> STRYKE Susan, WHITTLE Stephen, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, 2006. (Traduction p.29).

<sup>123</sup> Traduit de : STRYKER Susan, WHITTLE Stephen, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, 2006.

<sup>124</sup> BENJAMIN Harry, "Transvestism and Transsexualism", *International Journal of Sexology* n°7, p.12-4, 1953.

On retrouve les traces du terme de « transsexuel » dans le titre du livre de David Cauldwell, « *Psychopathia Transexualis* », mais c'est l'article de Benjamin qui soude l'emploi du terme de transsexualisme avec sa définition actuelle.

Harry Benjamin (1885-1986), médecin endocrinologue, suit les publications et les avancées et Hirschfeld mais se distingue de ce dernier en proposant une hormonothérapie à ses patients. Il différencie aussi clairement la question anatomique de la question sexuelle. On donnera son nom au syndrome (« syndrome de Benjamin ») pour qualifier le transsexualisme et une des premières associations françaises portera sa mémoire en s'intitulant « Association du Syndrome de Benjamin ». Selon lui, il faut aller plus loin que la définition proposée par Hirschfeld car il s'agit non pas d'un syndrome en soi, mais de l'expression symptomatique d'un syndrome plus large entendu comme « *la désassociation entre la sexualité mentale et physique* ». Sur la symptomatologie il écrit :

*« Le travestissement (...) n'indique pas simplement que l'on joue un rôle, mais un intense et obsessionnel désir de changer entièrement de statut sexuel en incluant la structure anatomique » « Pour le dire autrement, dans le travestissement les organes génitaux sont sources de plaisir, alors que dans le cas de la transsexualité ils sont sources de dégoût »<sup>125</sup>.*

Il rompt aussi avec ses prédécesseurs en proposant une nouvelle approche de la « transsexualité », dissociée de « l'homosexualité ». Il n'y a plus de lien avec l'homosexualité (ce que dit aussi Kinsey la même année<sup>126</sup>), mais « *des conduites instinctives, presque en dehors des capacités de changements et de contrôle de l'individu* »<sup>127</sup>.

Il développe alors une classification distinguant 3 types de travestis<sup>128</sup> :

- 1- Le principal cas travesti a des caractéristiques anatomiques « normales », mais présente un « manque de masculinité », se sent « *relaxé et confortable vêtu en femme* ».
- 2- Le cas intermédiaire, dont les symptômes sont les mêmes que dans le premier cas, a des demandes plus prononcées. Pour Benjamin, dans ce cas précis la psychanalyse ne sert pas à grand-chose : « *les progrès sont - je pense - pauvres* » nous dit-il. Il ajoute qu'à ce stade certains individus peuvent s'orienter vers la transsexualité.

---

<sup>125</sup> Traduit de: STRYKER Susan, WHITTLE Stephen, *The Transgender Studies Reader*. Op. Cit. (p. 46)

<sup>126</sup> KINSEY Alfred, *Le Comportement sexuel de la femme*, Amiot Dumont, Paris, 1954. (première édition en anglais, 1953)

<sup>127</sup> Traduit de: STRYKER Susan, WHITTLE Stephen, *The Transgender Studies Reader*, N.Y., Routledge, 2006. p. 47.

<sup>128</sup> Traduit de: STRYKER Susan, WHITTLE Stephen, "Harry Benjamin : transsexualism and transvestism as psycho-somatic and somato-psychoc syndromes", *The Transgender Studies Reader*, p.45, N.Y., Routledge, 2006.

3- Le troisième cas est nommé « transsexuel » (ce que C. Hamburger<sup>129</sup> nommera « oenisme » en référence au chevalier d'Éon). Dans cet article, l'endocrinologie et la sexologie se présentent comme une alternative, ou plutôt une opposition, à la psychanalyse. Benjamin écrit : « *Je ne connais pas de cas où la psychanalyse ait été dans ce cas un succès* ». « *The psychotherapy is a waste of time* »<sup>130</sup> ; « *Freud lui-même aurait été d'accord pour dire que les disharmonies émotionnelles sont probablement dues à des disharmonies endocriniennes* ». Il ajoute : « *Cependant, la testostérone ne fait pas oublier le désir de transformation* ». Benjamin fournit alors une piste de « traitement » pour lequel il préconise de « *féminiser l'individu* », car « *la castration ne suffit pas* »<sup>131</sup>. Pour lui, la psychanalyse ne permet pas de répondre aux demandes transsexuelles. Il fonde précisément sa médecine sur une étiologie hormonale du transsexualisme. Seules les hormones couplées à une chirurgie de réassignation sont susceptibles d'y répondre.

En nette opposition avec la psychanalyse, dont on verra qu'elle sera un espace de conflits prolongé, la sexologie s'empare de la question Trans. À tel point qu'à partir de 1953, « le crépuscule des psychanalyses » inaugure « le matin des sexologues »<sup>132</sup> et des psychiatres. Harry Benjamin fait alors adopter l'idée que : « *Le transsexualisme est une entité nosographique qui n'est ni une perversion ni une homosexualité. C'est le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle* »<sup>133</sup>

---

<sup>129</sup> Chirurgien danois qui opéra Christine Jorgensen

<sup>130</sup> GEROVICI Patricia, *Please select your gender: from the invention of hysteria to the democratizing of transgenderism*, Routledge, 2010. (p.219)

<sup>131</sup> On remarquera l'absence des FtM.

<sup>132</sup> BEJIN André, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *Communications*, n°35, 1992

<sup>133</sup> BENJAMIN Harry, "Transvestism and Transsexualism", *International Journal of Sexology* n°7, p.12-4, 1953.

- **La dimension thérapeutique du programme transsexuel**

Avec Benjamin, la « transsexualité » passe du problème social au problème psychiatrique. Cependant, pas de transsexualité sans opérations. L'opération devient l'acte thérapeutique. C'est la chirurgie qui va faire tout basculer. Lili Elbe est le premier cas médiatisé de changement de sexe. Elle subit, sous les conseils d'Hirschfeld, entre 1930 et 1931, cinq opérations, dont une greffe d'ovaires dont elle décèdera. Après guerre, l'avènement et la diffusion du terme de « transsexualisme » peuvent se situer entre 1950 et 1958. Huit années durant lesquelles le mot de transsexualisme s'imposera, et avec lui un ensemble de considérations cliniques sur le changement de sexe. Élément central de cette histoire : la médiatisation du cas « Jorgensen ». En 1950, Christine Jorgensen<sup>134</sup>, ancienne militaire, débute une hormonothérapie au Danemark. Quelques années auparavant ce même pays avait reconnu la castration à but thérapeutique. Comme nous le précise Pierre Henri Castel, en 1952 Christine Jorgensen est admise à Copenhague par l'équipe de Christian Hamburger, comprenant le psychiatre Georg Stürup et les chirurgiens Poul Fogh-Andersen et Erling Dahl-Iversen. Christine Jorgensen a alors 26 ans. L'équipe médicale ne parle d'abord pas de vaginoplastie : la patiente est admise comme un homosexuel demandant la castration (c'est ultérieurement que l'équipe qualifiera la procédure de « changement de sexe »). En 1954 Christine Jorgensen bénéficie d'une vaginoplastie : les médias américains se font alors l'écho de sa transition. À une « souffrance psychique » vient dès lors correspondre un « programme » de « transsexualisation » thérapeutique. Toutefois, si l'argument thérapeutique rassemble les praticiens, les éléments étiologiques les divisent.

Du côté des universités américaines, des éléments de changement autres que chirurgicaux se font sentir, notamment avec les thèses de John Money<sup>135</sup>, initiateur du terme d'*identité de genre* et de *rôle de genre*<sup>136</sup>. Ces travaux sont connus pour avoir donné lieu à des protocoles d'assignations sexuelles pour les enfants intersex<sup>137</sup> fortement controversés.

---

<sup>134</sup> JORGENSEN Christine, *A Personal Autobiography*, CleisS Press, 2000. (Première édition : 1967)

<sup>135</sup> MONEY John, *Hermaphroditism: An Inquiry into the Nature of a Human Paradox*. Thèse, Harvard, 1952.

<sup>136</sup> MONEY John and ANKE Ehrhardt. 1972. *Man & Woman, Boy & Girl: Gender Identity from Conception to Maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

<sup>137</sup> Sur le cas « John/Joan », patient de Money qui ne supporta pas l'assignation, lire : BUTLER Judith, *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*. Traduit de l'anglais (E. U.) par Cynthia Kraus. Paris, La Découverte, 2006.

Lire aussi :



L'université américaine connaît alors une nouvelle étape dans la délimitation du « vrai » sexe et des « vraies » demandes transidentitaires avec les concepts Stolleriens. Robert Stoller développe la notion de « genre »<sup>138</sup> à la suite de Money. Pour Money, une assignation de sexe devait provoquer une assignation de genre. Pour Stoller, lorsque l'imprégnation du genre est trop profonde, c'est du côté du sexe qu'il faut agir. Mais seulement pour ceux et celles qu'il catégorise comme les « vrais » transsexuels et qui se caractériseraient par trois spécificités<sup>139</sup> : 1- Ils seraient dépourvus de désirs sexuels, 2- Ils auraient développé un sentiment d'isolement dès l'enfance, 3- Ils auraient un mépris de leurs organes génitaux de naissance<sup>140</sup>. Stoller emploie le terme de « *quantité* » de masculinité et de féminité dans les individus pour définir le « genre » et pose la question du processus œdipien, en faisant remonter la symbiose de la mère et de l'enfant à la grossesse qui « *pose le canevas du sentiment de féminité du bébé* ». Selon Stoller « *trop de mère et trop peu de père aide à rendre le garçon féminin* » parallèlement « *trop de père et trop peu de mère aide à rendre la fille masculine* »<sup>141</sup>. Au-delà des théories endocriniennes de Benjamin viennent s'ajouter les théories psychologiques de Stoller et Money sur la précocité de l'identité de genre et de sa cristallisation. Si la symptomatologie est la même, les étiologiques divisent. Pour Benjamin, c'est du côté de l'endocrinologie qu'il faut rechercher la cause du transsexualisme. Pour Stoller, cette cause est environnementale. Cependant, d'un point de vue thérapeutique, tous s'accordent sur le rôle central de l'opération.

---

KRAUS Cynthia, « Démédicaliser les corps, politiser les identités: convergences des luttes féministes et intersexes », A qui appartiennent nos corps, Édito, *Nouvelles questions féministes*, Antipodes, vol.27, n°1, 2008.

Sur l'intersexuation et les critiques émises à l'encontre de ces protocoles lire :

KESSLER Suzanne «The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersex Infants». *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16, 3-26, 1990.

GARDEY Delphine et ILANA Löwy, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du masculin et du féminin*. Paris, Archives Contemporaines/Histoire des sciences, collection : des techniques et de la médecine. 2000.

<sup>138</sup> STOLLER Robert, *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*, Ed. Gallimard, 1978. (Le titre initial « Sex and gender » (1975) est maladroitement traduit « recherches sur l'identité sexuelle » en 1978)

<sup>139</sup> Je reprends aussi les catégories stipulées dans l'article de Myria J. Hird intitulé «*For a sociology of transsexualism* » paru dans la revue : *Sociology* N°36 d'août 2002.

<sup>140</sup> Si les « vrais » transsexuels, aussi dits « primaires », sont orientés vers une opération, les « faux », atteints de troubles psychopathologiques, sont renvoyés par Stoller vers un travail psychothérapeutique.

<sup>141</sup> STOLLER Robert, *Masculin féminin*, 1989, p.106.

- **Psychanalyse : Déprise américaine et résistance française**

Alors que les États-Unis connaissent une production scientifique autour du concept de « genre », en France les recherches sur le « transsexualisme » restent focalisées sur la dimension anatomique du changement de sexe. Alby<sup>142</sup> soutient sa thèse sur le transsexualisme, prouve que le concept prend forme, mais ne parvient pas à rompre avec le primat de la psychanalyse sur la possibilité chirurgicale du changement. Dans « *Contribution à l'étude du transsexualisme* » Alby se prononce défavorablement au changement de sexe. Il revient sur trois points de résistance : selon lui l'opération n'atteint pas le « *syndrome* » du transsexuel (mais seulement l'élément esthétique, ce qu'il appelle : « *la recherche d'un idéal de perfection des Male to Female* ») ; la demande de castration peut s'analyser sous l'angle de la névrose et le transsexualisme par le prisme d'un processus masochiste. À la suite de la thèse d'Alby, deux psychanalystes, Israel et Geissmann<sup>143</sup>, postulent que « *les transsexuels sont des homosexuels, ayant de fortes composantes obsessionnelles* ». C'est donc sur une trop grande culpabilité vis-à-vis de leur homosexualité que les patients analysés par Israel et Geissmann doivent compter pour expliquer leur irrépressible envie de changer de sexe. La transsexualité s'entend alors comme le désir « *de conquérir un statut (...) permettant de satisfaire* » aux « *exigences pulsionnelles* ». Dans sa thèse en psychanalyse, Roberto Ceccarelli revient sur cette théorie :

*« A la base du transsexualisme ces auteurs suggèrent l'existence, à la fois, de composantes hystériques, obsessionnelles et psychotiques. L'angoisse éprouvée par ces sujets semble disparaître, d'après Israel et Geissmann, lorsque l'idée de changer de sexe s'installe, ce qui pourrait laisser penser à une dimension délirante dans la problématique transsexuelle. Comme Alby ces auteurs voient dans la psychothérapie l'aide la plus appropriée à proposer aux transsexuels. »*<sup>144</sup>

---

<sup>142</sup> ALBY Jean Marc, *Contribution à l'étude du trans-sexualisme*, thèse de médecine, sous la direction de Jean Delay, Paris, 1956. Il est aussi à l'origine de l'ouvrage collectif : ALBY Jean Marc (dir.), *Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme*, Editions de l'Association Freudienne Internationale, Paris, 1996.

<sup>143</sup> ISRAEL Lucien, GEISSMANN Pierre, « Le désir de changer de sexe chez les invertis psychosexuels », *Cahiers de Psychiatrie* n°14, p.91, 1960.

<sup>144</sup> CECCARELLI Paulo Roberto, « La formation du sentiment d'identité sexuelle chez le transsexuel », Thèse de doctorat de psychanalyse, sous la direction de Sophie de MIJOLLA-MELLOR, Université Paris VII, 1995.

Avec cette conception freudienne, nous sommes loin de l'inscription du « rôle de genre » décrit par Garfinkel<sup>145</sup> dans son « cas Agnès » et des observations relativistes de Mead<sup>146</sup>. En effet, dans une vision interactionniste ou relativiste, il ne s'agit pas de discerner le « vrai » du « faux » transsexuel, mais plutôt de savoir ce qui fait sens dans les représentations et donc les interactions quotidiennes. C'est de l'analyse de ces interactions que Goffman décrira précisément « *L'arrangement des sexes* ». Selon lui :

*« Dans la mesure où l'individu élabore le sentiment de qui il est et de ce qu'il est en se référant à sa classe sexuelle et en se jugeant lui-même selon les idéaux de la masculinité (ou de la féminité), on peut parler d'une identité de genre. Il semble que cette source d'auto-identification soit l'une des plus profondes que nous propose notre société, peut-être davantage encore que la classe d'âge ; et sa perturbation ou sa transformation ne peuvent jamais être envisagées comme une affaire sans importance. »<sup>147</sup>*

S'emparant du cas d'Agnès<sup>148</sup>, Garfinkel soigne l'étude de la présentation de soi dans les accomplissements quotidiens et démontre que l'analyse sociologique du « passing », le fait que l'on puisse réussir à satisfaire des exigences relatives au genre revendiqué, concurrence la clinique de l'époque. Les transsexuels ne sont plus, comme le propose la posture stollerienne, de potentiels « faux » transsexuels sur lesquels il s'agit d'intervenir pour en découvrir une texture essentielle, mais ils accèdent au statut d'acteurs, même dans un contexte fortement médicalisé et saisi de toute part par les scriptes naissants de la clinique du transsexualisme.

Nous l'aurons constaté : ces théories ne bénéficieront pas du même impact en France et aux États-Unis. Ainsi l'affaiblissement consécutif de la psychanalyse outre atlantique sur la question Trans n'est pas transposable au cas français. Pourtant, aux États-Unis, la bataille contre la psychanalyse est intense. Elle prend notamment la forme d'un front sexologique au sein de l'APA, pour faire sortir l'homosexualité du DSM, manuel des maladies mentales. En 1973, l'Association Américaine de Psychiatrie qui dirige le DSM, décide de retirer l'homosexualité des classifications psychiatriques.

---

<sup>145</sup> GARFINKEL Harold, *Studies in Ethnomethodology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1967.

<sup>146</sup> MEAD Margareth, *Male and female, A study of sexes in changing world*, Greenwood, 1949.

<sup>147</sup> GOFFMAN Erving, *L'Arrangement entre des sexes*, La Dispute, 2002 pp.48-49.

<sup>148</sup> GARFINKEL Harold, *Studies in Ethnomethodology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1967

En 1974, après un vote interne à l'APA et une opposition frontale des psychanalystes, 58% des membres de l'APA votent par référendum pour valider la décision du bureau de retirer l'homosexualité des classifications psychiatriques internationales.<sup>149</sup> Nous sommes cinq ans après le soulèvement homosexuel de *Stonewall* et déjà un nouvel acteur apparaît : le monde associatif. Au sein même de l'APA, des militants comme le psychiatre américain John Fryer s'invitent dans des colloques, grimés, pour dénoncer la psychiatrie de l'homosexualité. Cette défaite des outils de la psychanalyse pour étudier la question homosexuelle ouvre grand la voie à l'approche psychiatrique sur la « transsexualité ». En effet la dépsychiatrie de l'homosexualité met à mal la thèse psychanalytique d'une origine homosexuelle aux demandes de changement de sexe et accorde du crédit aux thèses psychiatriques et endocriniennes concernant le diagnostic de « transsexualisme ».

### ***1.1.3 L'institutionnalisation progressive du « transsexualisme » en France***

Les découvertes américaines ne sont pas sans conséquence sur les pratiques françaises. Si le mot de « transsexuel » apparaît, il met cependant du temps à rentrer dans « l'agenda politique ». Quatre éléments sont le moteur de cette prise en compte progressive : la médiatisation de « cas » individuels, l'apparition des premières associations et des premières actions de lobbying, la mise en évidence d'une contradiction entre les réalisations chirurgicales et l'absence de texte juridique et enfin la prise en charge psychiatrique, par des protocoles hospitaliers, du transsexualisme. La médiatisation des changements de sexe est un élément central dans la diffusion du concept. Cependant, elle ne se fait que sur quelques cas. De plus, dans une période où le changement de sexe n'est pas encore complètement décorrélé de l'intersexuation ou de l'homosexualité, le droit est des plus statiques. Dans ce contexte, la transsexualité mettra plus de vingt ans à passer de l'intuition médicale à la prise en compte par des politiques publiques.

---

<sup>149</sup> DRESHER Jack, "Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual (DSM)", *Archives in Sexual Behaviour*, 39:427–460, 2010.

Dans cette période qui s'étend de la création du concept de transsexualisme à l'instauration des premiers protocoles en France, une nouvelle figure apparaît : celle du psychiatre. Il est vite pensé comme *clé de voûte* des protocoles de changement de sexe, protocoles auxquels s'adosseront les droits nationaux. Mais c'est la chirurgie qui, la première, inaugurerait des protocoles.

Avant l'instauration des protocoles tels que nous les connaissons, les individus se payaient eux-mêmes leurs opérations. Dans le reportage « *Nous n'irons plus au bois* »<sup>150</sup>, Josée Dayan montre les réseaux et les combines pour financer les opérations et les voyages, parmi lesquelles la prostitution ou le cabaret. Entre invisibilité et interventions policières, les lieux transsexuels demeurent, certes actifs, mais précaires.

« - Revenons-en à la police... *Qu'en pensez-vous?*

- *Ils sont odieux ; ils vous emmènent comme ça sans raison...et quand ils nous arrêtent ils nous parlent au masculin... chaque fois qu'on est « emballée » on attrape 150 Francs d'amende pour racolage : 130 Francs -ce qui est le tarif normal- plus 20 Francs compte tenu du fait qu'on est travesti »*<sup>151</sup>

On retrouve les mêmes témoignages un autre reportage, américain celui-ci, réalisé par l'activiste et historienne Trans Susan Stryker<sup>152</sup> et intitulé « *Screaming queens* »<sup>153</sup>. Il rend visibles des vies géographiquement et professionnellement ostracisées. Tout se déroule entre quelques ruelles d'un quartier de San Francisco et autour d'un bar (le « *Compton's cafeteria* ») dans lequel les « queens » sont fréquemment arrêtées par la police.

La « transsexualité », comme trouble et comme solution, se diffuse rapidement grâce notamment à une forte médiatisation. La télévision et les journaux prennent activement part à la diffusion de reportages et d'émissions sur les transsexuels comme le montre bien Karine Espineira dans son livre sur la transidentité dans l'espace médiatique : « *Les transsexuelles entrent pour longtemps dans la sphère des médias* »<sup>154</sup>.

---

<sup>150</sup> « Nous n'irons plus au bois », Josée Dayan, 2007

<sup>151</sup> PIAT Colette, *Elles... les travestis ; la vérité sur les transsexuels*, Pocket, 1979.

<sup>152</sup> STRYKER Susan, WHITTLE Stephen, *The Transgender Studies Reader*, N.Y., Routledge, 2006

<sup>153</sup> « Screaming queens », Susan Stryker, 2005.

<sup>154</sup> ESPINEIRA Karine, *La transidentité, de l'espace médiatique à l'espace public*, l'Harmattan, 2008, p.18.

À la découverte du mot « transsexuel » naît aussi la possibilité d'une identité requalifiante. Avec l'opération, on passe de « l'anormalité » à la « pathologie » et de l'autofinancement à la reconnaissance des demandes de prises en charge<sup>155</sup>. Les nouvelles propositions chirurgicales ouvrent un horizon à la fois corporel et identitaire vite investi par les personnes à la recherche d'une « *solution à leur problème* », et ce malgré des réticences sociétales importantes. Si, dans les médias traitant de la transidentité, le vocabulaire de la souffrance (et donc du courage et de la sollicitude) est saillant aujourd'hui<sup>156</sup>, à l'époque de C. Jorgensen ou de Coccinelle (actrice de cabaret française) on oscille entre réprobation morale et voyeurisme étonné. Dans son essai sur les transidentités dans les médias, Karine Espineira écrit :

*« En 1962, l'émission « reflets de Cannes » offre un spectaculaire exemple sur la perception de l'époque du transsexualisme et de Coccinelle : « Encore un détour par la plage. Qui donc regarde cette foule manifestement inspirée? Une femme naturellement. Quelle question?! Et naturellement, de la meilleure espèce. Il n'y a qu'un ennui. Cette femme est en effet un homme! Il paraît même qu'elle s'est mariée à l'Église. Qui donc pourrait songer à mal? Pas elle. Ou lui. Comme il vous plaira. Mais cela vous plait-il tellement? Pas à nous! »<sup>157</sup>*

À propos du mariage de Coccinelle, l'hebdomadaire « Ici Paris » titrera : « Ce mariage est un scandale »<sup>158</sup>. Coccinelle est alors une artiste de cabaret célèbre : ceux de « madame Arthur » ou « le carrousel » font les beaux jours du travestissement comme le souligne Maxime Foerster. Mais à la suite de son changement d'état civil en 1971, les tribunaux français vont décider de rejeter toute nouvelle demande. La question Trans devient une question sociale plus large. Elle ajoute à la médecine l'élément juridique et médiatique. Le « transsexualisme » conquiert alors les premiers tribunaux. La dimension juridique n'est pas secondaire, elle est même prioritaire dans de nombreux parcours. En 1978, Colette Pia raconte dans son livre « *Elles... les travestis* » les difficultés liées à cette absence de changement d'état civil : « *Je suis quand même obligée de tricher constamment et de prendre des précautions ; j'aimerais pouvoir changer officiellement mon état civil* »<sup>159</sup>.

---

<sup>155</sup> MEYEROWITZ Joanne, *How Sex Changed*, Cambridge, Harvard University Press, 2002.

<sup>156</sup> Ces dernières années ont vu éclore un grand nombre d'émissions telles que « vie privée / vie publique » ou « c'est quoi l'amour ? » abordant la transidentité de la sorte.

<sup>157</sup> ESPINEIRA Karine, *op. cit.* p.17.

<sup>158</sup> « Ici Paris Hebdo », du 21 au 27 mars 1962.

<sup>159</sup> PIAT Colette, *Elles ... les Travestis*, de Colette Pia, Pocket, 1979.

L'absence d'éléments juridiques suite à un changement de sexe est source de précarité. Si les premières associations Trans se saisissent timidement de la question, elles sont plus nombreuses, dès les années 90, à dénoncer les empêchements quotidiens liés à l'absence de papiers modifiés. L'ASB<sup>160</sup> (Association du Syndrôme de Benjamin), écrivait à ce propos dans la revue *Vacarme*<sup>161</sup> :

**« Parcours d'obstacles »**

Dans la vie, des situations, des démarches ordinaires et simples pour le commun des mortels deviennent des malaises ou des angoisses pour les personnes appelées transsexuelles. Le problème commence dès que l'on entend la phrase : « Vous avez une pièce d'identité ? » Soudain, des facilités, des évidences, se transforment en difficultés.

Pour tout ce qui concerne l'argent et la banque

- Faire un chèque
- Ouvrir un compte
- Fournir un RIB
- Faire des prélèvements
- Retirer de l'argent à un guichet
- Ouvrir une ligne téléphonique
- Être inscrit dans l'annuaire à une identité correcte
- Recevoir des mandats, des recommandés ou des colis
- Trouver un travail
- S'inscrire à l'ANPE
- S'inscrire aux ASSÉDIC
- Faire un stage ou un recyclage
- Présenter des diplômes
- Présenter des certificats de travail
- Obtenir des fiches de paie avec une identité correcte [...]

etc.

<sup>160</sup> Association créée par Tom Reucher, psychologue clinicien et militant Trans : <http://syndromedebenjamin.free.fr/tree-menu/menusite2.htm>

<sup>161</sup> Association du Syndrome de Benjamin (ASB), « Parcours d'obstacles », *Vacarme n°11*, dossier : « minorités les hommes, les femmes et nous : transsexuel/les et transgenres », 2010.

Les personnes Trans s'organisent alors en association. En 1965, Marie-André Schwindenhammer (1909-1981) crée à Paris la première association Trans : l'AMAHO (Aide aux Malades HOrmonaux). L'AMAHO offre dans ce contexte une première forme d'auto-support à travers un soutien, des rencontres et la mise en place d'un réseau d'aide. Avec l'AMAHO, on devine également les premières racines d'une forme de lobbying Trans, qui passe par l'expérience individuelle, la défense du cas par cas. Marie-André va multiplier les démarches dans les administrations et les ministères pour défendre sa cause et la jurisprudence sur les Trans va commencer à évoluer à travers son cas : un arrêt de cassation en 1975 puis un arrêt de renvoi de la cour d'appel de Reims permettent la suppression de son prénom masculin sur son état civil. Sa médiatisation opère aussi un changement dans les répertoires d'actions offerts par l'activisme à changer l'histoire. De l'histoire d'individus isolés, on glisse progressivement vers l'histoire d'un groupe minoritaire.

Dans cette histoire des associations Trans, il faut noter deux créations importantes à la fin des années 1970 : celle de l'ABC (Association Beaumont Continental) créée sur le modèle de la *Beaumont Society*, un club anglais de personnes travesties, et celle du Centre du Christ Libérateur, en 1976, par le pasteur Doucé. Cela deviendra un lieu important dans l'histoire associative Trans en France, en tant que premier vrai espace de reconnaissance. Le centre offre un soutien psychologique, politique et théorique avec la publication d'un essai (*La question transsexuelle*<sup>162</sup>). Le centre fonctionne jusqu'à l'assassinat inexplicable du pasteur en 1990. C'est en sa mémoire qu'une autre association (L'ASB) verra le jour quelques années plus tard<sup>163</sup>.

Amandine, 60ans, bénéficia de ces premiers réseaux Trans pour aller se faire opérer à Casablanca, dans la clinique du professeur Burou, connu en France pour sa technique de réassignation et pour avoir opéré Coccinelle puis, plus tard, Bambi, elle aussi célèbre danseuse de cabaret.

*« Je savais qu'on opérerait là bas. Quand je me prostituais, on me l'avait dit. Une amie m'a accompagné chez la femme du professeur Burou. À l'époque, on ne voyait pas le professeur directement, mais sa femme. C'était bizarre. »*

---

<sup>162</sup> DOUCE Joseph. (dir.), *La question transsexuelle*, lumière et justice, 1970.

<sup>163</sup> PASTOR Elsa, ALESSANDRIN Arnaud, « De la survie à la professionnalisation : histoire des associations Trans en France », communication au 4<sup>ème</sup> congrès de l'AFS, Grenoble, Juillet 2011.



L'absence d'offre sur le territoire accompagne la création de cliniques privées à l'étranger :

*On devait d'abord donner de l'argent puis après elle s'occupait de notre voyage. Bon, j'étais un peu apeurée. Mais à l'époque on n'avait pas le choix. Et puis je ne voulais plus avoir ça entre les jambes. Je suis donc partie au Maroc. Et là-bas on m'a dit de faire très attention. Il fallait pas qu'on devine pourquoi j'étais là. À la clinique on m'a pris tous mes papiers. Je savais qu'ils faisaient comme ça. Je me suis dit « si tu meurs pendant l'opération, personne ne te retrouvera ». Et c'est peut-être ça qu'ils voulaient. J'avais peur, mais j'avais pas le choix [...] Surtout je devais rester enfermée dans ma chambre. Il ne fallait pas que les autres patients me voient. Quand l'opération s'est terminée et que j'ai du rentrer en France, j'ai pris l'avion, et j'avais peur qu'on découvre pourquoi j'étais venue. Le retour dans l'avion et bien c'était peut-être pire que l'opération. J'avais mal, j'étais pas bien. En plus j'étais seule, mais j'étais contente de l'avoir fait. »*

Les témoignages de cette époque nous permettent de saisir ce que signifiait « changer de sexe » avant les années 80. Vanessa a 65ans. Elle aussi s'est faite opérée à « Casa » (Casablanca) par le professeur Burou. Lorsqu'elle était à Paris, elle a du rencontrer la femme du professeur. C'est par elle que passaient toutes les transactions. Elle exigeait à l'époque 150.000 Francs pour se faire opérer : « c'était une sacrée somme ». Seulement voilà, Madame Burou avait tendance à augmenter ostensiblement les prix. « On savait combien c'était par les copines qui étaient déjà passées par là ! ». Avec uniquement 150.000 Francs en poche, Vanessa quitte donc le bureau avant d'être rattrapée par cette dernière. « Vous avez des bagues ? » lui dit-elle, « Bon, posez-les sur le bureau ça fera l'affaire ». « C'était comme ça à l'époque : mais je ne regrette rien ». « L'opération ? [...] un magicien cet homme-là : toutes les techniques de Monstrey<sup>164</sup> actuellement, elles viennent de Burou ». Sur place, les personnes se voient confisquer leurs passeports. Le rétablissement postopératoire est de 8 jours. Pas un de plus. Le retour en France est toujours un moment d'angoisse : retrouver ses papiers, passer la douane sans se faire repérer. « À la douane ils comptaient : une deux trois personnes... puis 10% de 150000 Francs » « Vous croyez quoi? Ils se faisaient rémunérer » en parlant des douaniers. « Ils m'ont dit : alors cette opération ? » « Moi je ne savais pas quoi répondre alors j'ai attendu un moment et j'ai dit oui... ça s'est bien passé... Ils savaient qui entraient et qui sortait du pays pour se faire opérer ».

---

<sup>164</sup> Actuel chirurgien Belge opérant à l'Hôpital de Gand.

Parallèlement, les États-Unis ouvrent leurs premières *Gender Clinics* dès 1960, suivis de l'Angleterre en 1967<sup>165</sup>. C'est de ces cliniques et de leurs protocoles que seront importées les premières pistes à l'élaboration des protocoles français, comme en témoigne Marc Louis Bourgeois<sup>166</sup> dans ses échanges avec Norman Fisk, qui inaugura le terme de « dysphorie de genre ». Pierre Henri Castel<sup>167</sup> résume ainsi la proposition clinique de Fisk<sup>168</sup> :

*« Leur point de vue semble la traduction directe de l'approche ethnométhodologique. En effet, ils créèrent à Standford la première Gender Dysphoria Clinic qui acceptaient d'hormoner et d'opérer toute personne se sentant à un titre ou l'autre « mal à l'aise » dans son sexe (l'idée de dysphorie vise à englober génériquement ces malaises en leur offrant une issue médicale), et qui incluait dans la procédure une véritable rééducation au nouveau « rôle de genre » : Fisk appelle joliment ce complément « a grooming clinic or charm school ». Le raisonnement est transparent : dans la mesure où le succès de réadaptation dans le nouveau rôle de genre est non plus le but final d'un long processus complexe de sélection des « bons candidats » censés résister aux opérations et aux chocs psychiques de la transsexualisation, mais bien le critère de la réponse correcte aux demandes de toutes sortes de patients vivant mal leur sexe, il n'y a aucune raison de réserver ces opérations (ni les hormones) à une catégorie cliniquement très restreinte de patients exceptionnels, dont ce serait l'ultime thérapie (entendez : une fois toutes les tentatives psychothérapeutiques épuisées). Au contraire, on doit libéraliser l'indication de chirurgie, et équiper les patients des moyens de se glisser efficacement dans les stéréotypes du « genre » qu'ils visent. Dès lors, l'explosion du nombre de patients opérés était programmée, mais c'est une autre histoire. »*

---

<sup>165</sup> DENNY Dallas, « The politics of diagnosis and a diagnosis of politics: The university affiliated gender clinics, and how they failed to meet the needs of transsexual people », *Chrysalis Quarterly*, 1(3), p. 9-20, 1992.

<sup>166</sup> BOURGEOIS Marc-Louis, . Une expérience américaine. » *Ann Med Psychol*; 138: 472-80. 1980

<sup>167</sup> <http://pierrehenri.castel.free.fr/Articles/sexegenre.htm>

<sup>168</sup> FISK Norman, "The how, what and why of a disease" in LAUB Donald et GANDY Patrick (éds.), *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*, Stanford University Medical Center, Palo Alto, 1973.

Il faudra néanmoins attendre 1978, pour que se constitue le premier protocole français sur Paris. En 1979 a lieu la première opération d'une transsexuelle en France, par le Professeur P. Banzet. La même année, le Conseil national de l'Ordre des médecins se saisit de la question et préconise l'instauration d'un protocole de soin signé par un collège de trois médecins experts : un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien. C'est ainsi qu'est créée sur Paris une équipe pluridisciplinaire composée des professeurs Breton, psychiatre, Luton, endocrinologue, et Banzet, chirurgien, prenant en charge les patients demandant un changement de sexe. Progressivement, d'autres centres de ce type voient le jour à Lyon, Marseille, Bordeaux et Toulouse. Mais le flou juridique induit par une frontière imprécise entre mutilations et soins découragera plusieurs médecins.

En 1980, le DSM III introduit la notion de transsexualisme : dès lors la transsexualité en France (comme ailleurs, mais sous des formes variables) se voit endiguée dans des protocoles psychiatriques. Ayant statut scientifique, la transsexualité relègue toutes les autres formes d'identifications Trans à l'illégitimité et à l'invisibilité.

#### ***1.1.4 La création des protocoles en France : entre offre et demande de soins***

Nous l'avons vu, les frontières des protocoles trouvent leurs racines dans une histoire faite de luttes entre la psychiatrie, la psychanalyse, le droit et les activistes. Dans chacune de ces grandes familles, les divisions sont tout aussi nombreuses. Cependant, d'un point de vue historique, c'est une conférence à l'Académie Nationale de Médecine de 1982, qui donne naissance un premier consensus sur la définition des protocoles. Cette définition est proposée le professeur René Kuss<sup>169</sup>. Karine Espineira dans « *Une typologie des représentations médiatiques françaises de la transidentité* »<sup>170</sup> revient un le passage télévisuel, sur Antenne 2, du même René Kuss, au sortir de ce colloque<sup>171</sup>.

---

<sup>169</sup> On remarquera que c'est à un urologue que l'on demande alors une définition.

<sup>170</sup> ESPINEIRA Karine, « Une typologie des représentations médiatiques françaises de la transidentité », communication au séminaire Trans, Octobre 2010.

Disponible sur : [http://durkheim.sciencespobordeaux.fr/PDF/Doc\\_Trans/Séance14](http://durkheim.sciencespobordeaux.fr/PDF/Doc_Trans/Séance14) Une typologie des représentations médiatiques françaises de la transidentité (Karine Espineira) Octobre10.pdf

<sup>171</sup> Journal d'Antenne 2, 29 juin 1982, 23:15

Elle montre alors que cette intervention est la première, à la télévision française, qui va poser les bases d'un protocole autour de deux idées : 1- il existe des « vrais » et des « faux » transsexuels ; 2- il est donc important de constituer des équipes et une batterie de test pour trier les « vrais » des « faux ». En cette période, les discours associatifs rejoignent les discours médicaux. Il est impératif de trouver des moyens pour opérer sur le territoire français les personnes le souhaitant et assurer par là même un remboursement de ces opérations. Mais les peurs sont concrètes. Elles touchent aussi bien les médias que l'ensemble de la société. À ouvrir la possibilité au changement de sexe, à en parler dans les médias ou dans les colonnes des journaux, l'offre ne va-t-elle pas créer la demande ? Pour ainsi dire, ne va-t-on pas créer des vocations fictives, loin de toute vraisemblance du transsexualisme alors doublement balisé par un discours sur le rejet de son sexe et de sa sexualité et par le discours d'une enfance marquée par la souffrance. Je fais ici l'hypothèse que les discours sur la souffrance dissimulent les discours sur les « choix » ou sur les « résistances ». Pour éviter la « contagion » transsexuelle tant appréhendée, il faut établir des règles. Mireille Bonierbale parlera quant à elle d'« épidémie » de transsexualisme<sup>172</sup> (« *qui suivent les émissions télévisées abordant ce thème* »).

Le droit et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie valident en ce sens des protocoles élaborés par des équipes dont en premier lieu celle du professeur Breton, psychiatre parisien. Jacques BRETON écrivait à ce sujet<sup>173</sup>:

*« Le transsexualisme est une affection mentale rare qui consiste, chez un sujet normalement constitué, en la conviction d'appartenir au sexe opposé. Cette conviction, véritable idée prévalente est précoce, permanente et inébranlable<sup>174</sup>. Elle se traduit dès l'enfance par des comportements du sexe opposé (jeux, manières, goûts, tendances...). La prise de conscience de ne pas être une fille (ou un garçon) comme les autres a lieu à la puberté ou un peu avant. Par la suite, la conviction transsexuelle se manifeste par le travestissement, la demande*

---

<sup>172</sup> BONIERBALE Mireille BORSTEIN Serge, MAZENOD Bruno, MOREL-JOURNEL Nicolas, LERICHE Albert, *Transsexualisme, ce qu'il faut savoir*, A.I.M. 106, 2005

<sup>173</sup> BRETON Jacques, et coll., *Le transsexualisme: étude nosographique et médico-légale*, Rapport de médecine légale, congrès de psychiatrie et de neurologie, Paris, Masson, 205 p, p. 33-37, 1985.

On retrouve cette expression dans le texte de Thierry Gallarda : GALLARDA Thierry, Amado I., Coussinoux S., Poirier M-F., Cordier B., Olié J-P., Le syndrome du transsexualisme : aspects cliniques et perspective thérapeutique. *L'Encéphale*, XXIII, 5, 321-326. 1997

<sup>174</sup> Je souligne ici ce qui me semble être les trois piliers de la norme transsexuelle : sa fixité, sa naturalité, et sa primauté par rapport à toute autre identité binaire.

*impérieuse des traitements hormonaux et chirurgicaux propres à donner au corps l'apparence du sexe revendiqué et par la demande du changement d'état civil.*

*Les preuves anatomiques les plus évidentes du sexe biologique (appareil génital externe chez l'homme, seins chez la femme) sont l'objet de répulsion. Le transsexualisme n'est pas curable par les thérapeutiques psychiatriques actuellement disponibles. La satisfaction de la demande de traitement hormonal et chirurgical et du changement d'état civil paraît le plus souvent améliorer l'état du patient et éviter ou faire disparaître les complications: dépression, anxiété, désadaptation socio-professionnelle et affective, voire tentatives de suicide et d'auto-castration. Le transsexualisme est dû à une perturbation de la phase psychique de la différenciation sexuelle dont on ne connaît pas la cause. [...] Le transsexualisme est longuement défini par le D.S.M. III (Cf. chapitre III); mais il ne figure pas dans la classification française des troubles mentaux élaborée (en 1968) sous l'égide de L'I.N.S.E.R.M. par le Dr SADOUN, avec le concours d'une commission consultative spécialisée présidée par le Pr KAMMERER. R. SADOUN a bien voulu nous confirmer, en le déplorant, qu'il faut classer le transsexualisme comme une perversion sexuelle en 11-2. »*

La sémantique du transsexualisme se met en place. La souffrance depuis l'enfance, la binarité dans un premier temps corrélée à l'hétérosexualité, l'absence de sexualité et le rejet de son sexe : cette sémantique est une symptomatologie élaborée qui parviendra à passer du monde médical au monde associatif et du monde associatif aux identités transsexuelles pour qui « le transsexualisme » devient une colonne vertébrale identitaire. Même pathologique, cette identité est contrebalancée par l'idée du « vrai » : du vrai transsexuel qui n'est ni homosexuel ni pervers et surtout qui s'oppose aux identités transgenres. En créant une hiérarchie au sein des transidentités, la psychiatrie a réussi à qualifier, médicalement, mais positivement, une catégorie de personnes Trans. Nous verrons ultérieurement quelles en sont les conséquences. Les demandes des personnes Trans qui sont saisies ou qui se saisissent du « transsexualisme » répondent alors aux premières offres psychiatriques et protocolaires. La demande crée l'offre, pourrait-on croire. C'est en tout cas cette version, asymétrique, qui est retenue par un certain nombre de psychiatres protocolaires.

Nathalie, 42ans, exprime cette demande : « *Avant nous, il n'y avait rien. Les gens se faisaient opérer à Casablanca sans aucune assurance de réussite. [...] Ils opéraient tout le monde du moment où ils payaient. Beaucoup n'étaient même pas transsexuels et l'ont regretté après* ». Chez les praticiens protocolaires, on entend aussi la version de la demande transsexuelle : « *Ce sont les transsexuels qui nous ont demandé de l'aide* ». Avec le transsexualisme et la sollicitude psychiatrique, les transsexuels ainsi diagnostiqués trouvent un écho à leurs demandes. Dans un récent article, Colette Chiland écrit : « *les « patients » (on veut récuser ce terme parce qu'il médicalise, mais ce sont les personnes transsexuelles qui viennent demander des soins médicaux et ce ne sont pas les médecins dans les services publics français qui vont à la pêche au client, à qui ils offrent des soins gratuits pris en charge par la sécurité sociale au contraire de ce qu'on voit aux États-Unis et ailleurs où ce n'est pas le règne de la gratuité), les patients donc sortent de leur malheur et de leur souffrance* »<sup>175</sup>

Dans « *De quoi souffrent les transsexuels ?* »<sup>176</sup>, Pascal Fautrat restitue, sans les questionner, ces caractéristiques cliniques du « vrai » transsexualisme. Il en ressort cinq dimensions : 1- La pauvreté du récit transsexuel, 2- Le rejet du sexe anatomique, 3- La primauté du vêtement, 4- L'interpellation de l'autre comme locuteur, 5- La rareté de la pratique sexuelle. Tout ce qui est sensé constituer les « caractéristiques » du transsexualisme est alors illustré par des citations violentes : Oppenheimer<sup>177</sup> voit l'histoire transsexuelle « *récitée* » comme un « *argumentaire destiné à convaincre* ». Jean Marc Alby<sup>178</sup> souligne une « *distorsion du souvenir* » du sujet transsexuel pour démontrer sa proximité au genre opposé depuis l'enfance.

---

<sup>175</sup> Chiland Colette : « note à propos du livre de Françoise Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres* », disponible sur : <http://colette.chiland.monsite-orange.fr>

<sup>176</sup> FAUTRAT Pascal, *De quoi souffrent les transsexuels ? (Psychopathologie clinique du changement de sexe)*, édition des archives contemporaines, 2001.

<sup>177</sup> OPPENHEIMER Agnès, L'impossible droit, « *Sur l'identité sexuelle ; à propos du transsexualisme* », Association Freudienne Internationale, (Ouvrage coll.) le discours psychanalytique. 1996

<sup>178</sup> ALBY Jean-Marc, Les fractures du transsexualisme, « *Sur l'identité sexuelle ; à propos du transsexualisme* » Association Freudienne Internationale, (Ouvrage coll.) le discours psychanalytique. 1996

Collette Chiland<sup>179</sup> note que « *des femmes nient avoir eu un pénis et une érection* ». Czermak<sup>180</sup> décrit le vêtement pour les transsexuels, comme une « *enveloppe investie d'imaginaire* ». En ce sens, Geneviève Morel<sup>181</sup>, psychanalyste lacanienne, parlera de « *mascarade* »<sup>182</sup>.

On ne sait jamais distinguer dans ces théories ce qui précède le transsexualisme. Est-ce l'offre médicale qui aura créé des vocations ? Sont-ce les personnes concernées qui poussèrent à la création des protocoles ? Colette Chiland souscrirait à la première hypothèse. Pour elle le transsexualisme est un « *délire de toute puissance* »<sup>183</sup> que la chirurgie vient conforter. Il en va de même pour Pierre Henri Castel pour qui le transsexualisme est aujourd'hui autodiagnostiqué du fait que la psychiatrie ait donné aux transsexuels les outils et les mots du diagnostic. Cependant, l'histoire des transidentités est avant tout une demande de médicalisation, et non une demande de psychiatrisation. Ainsi, l'offre protocolaire, le programme du transsexualisme, ne concorde pas avec requêtes initiales et actuelles des personnes concernées. On pourra donc conclure que la demande transsexuelle a créé l'offre médicale. Mais, en dialectique, on pourrait tout aussi bien postuler comme Colette Chiland (assez paradoxalement) que le transsexualisme est un fait iatrogène à la psychiatrie ; que sans elle, il n'aurait pas existé ou tout du moins pas sous cette forme. Mais à l'inverse de Colette Chiland, je ne défendrais pas l'idée que la psychiatrie, mère du transsexualisme, a trop grand ouverte la porte des réassignations. Je pense au contraire, qu'elle est parvenue, peut-être moins efficacement que ce qu'aurait voulu Colette Chiland, à restreindre l'accès aux opérations, par ce que Karine Espineira nomme « *bouclier thérapeutique* »<sup>184</sup>, et que ces protocoles hospitaliers sont dorénavant vécus comme plus maltraitant que protecteur. En ce sens, il revient donc aux individus de « négocier » avec cette offre restreinte qui aujourd'hui, ne répond que très partiellement aux demandes.

---

<sup>179</sup> CHILAND Colette, *le transsexualisme* Que sais-je. PUF, 2003.

<sup>180</sup> CZERMAK Marcel, « Précisions sur la clinique du transsexualisme ». *Discours psychanalytique*, n° 3, Avril 1982.

Lire aussi : CZERMAK Marcel, *Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme*, Préface, collection Le discours psychanalytique, Editions de l'Association Freudienne Internationale, Paris, 1996.

<sup>181</sup> MOREL Geneviève, *La loi de la mère*, Anthropos, 2008

<sup>182</sup> Au sens de Lacan, à savoir une « illusion » qui renvoie au paraître.

<sup>183</sup> CHILAND Colette, *Changer de sexe : entre illusion et réalité*, Odile Jacob, 2010.

<sup>184</sup> ESPINEIRA Karine, « Transidentité : de la théorie à la politique. Une métamorphose culturelle entre pragmatisme et transcendance », *Information psychiatrique* vol87, n°4, 2011

### **1.1.5 Les protocoles aujourd'hui : bases définitionnelles et pratiques cliniques**

Depuis l'été 2010, les praticiens des équipes hospitalières de changement de sexe en France se sont réunis pour harmoniser leurs pratiques, faire face aux critiques associatives, répondre aux exigences de la Haute Autorité de Santé en termes de suivis et enfin s'organiser en une association forte dans le but de pouvoir discuter avec les autorités compétentes. Le texte de janvier 2011 écrit par sa présidente, Mireille Bonierbale, ne fait aucun doute :

*« L'année 2010 a été marquée par la constitution de notre société et par le rassemblement de nos forces qui en a fait un interlocuteur incontournable. Souhaitons que 2011 voie une structuration encore plus élaborée de ces forces, mais d'ores et déjà notre société en elle-même est devenue une interface de communication et de coordination qui n'avait jamais existé jusque-là. Nous allons donc continuer nos échanges et mettre en place un travail commun de recherches qui nous permettront d'acquérir une surface scientifique nationale. »*<sup>185</sup>

La création de cette association se fait très clairement en opposition aux associations d'usagers (qui s'étaient réunies en AG quelques mois auparavant pour élire des représentants ministériels) mais toujours dans un but pensé thérapeutique : « À travers ces changements, l'action des médias, de politiques politiciennes, et d'associations d'usagers, peuvent obscurcir ce qui en France est le moteur de notre activité ». Cette association, la SOFECT<sup>186</sup>, n'a paradoxalement pas encore proposé une harmonisation de protocoles et des pratiques cliniques. Ceci crée donc des inégalités de suivi sur le territoire en même temps que la possibilité de choisir son protocole. Pour seuls protocoles, nous pouvons nous référer à celui du GRETIS<sup>187</sup> de Lyon et à celui de Paris, écrit par Colette Chiland (présidente d'honneur de la SOFECT) et Bernard Cordier<sup>188</sup>.

---

<sup>185</sup> <http://www.transsexualisme.info/>

<sup>186</sup> Société Française d'Etude et de prise en Charge du Transsexualisme

<sup>187</sup> Groupe de Recherche et d'Etude sur les Troubles de l'Identité Sexuelle

<sup>188</sup> CORDIER Bernard, CHILAND Colette, GALLARDA Thierry, (2001), *Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, in Ann. Méd. Psychol., n°159, pp. 190-195. Voir aussi : CHILAND Colette, CORDIER Bernard, « Transsexualisme », *Encyclopédie médicochirurgicale*, Elsevier, p.11, 2000.

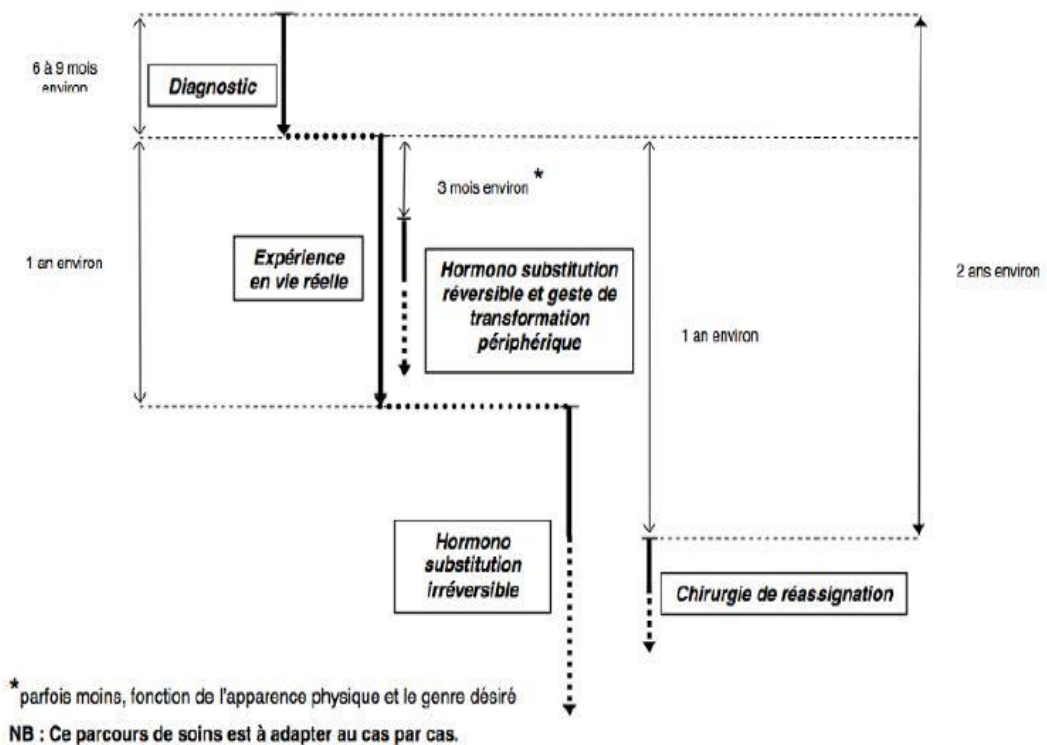


Depuis peu, nous pouvons aussi lire celui de Bordeaux proposé par Nadine Grafeille<sup>189</sup>. Dans celui de Paris, très certainement un des plus restrictifs d'après les retours associatifs et biographiques, il est dit que ce dernier « n'a aucune base légale ». Et de fait, le protocole établi en 1989 et reconnu par la Sécurité Sociale et les tribunaux, n'a pas de valeur juridique. Il peut donc très bien être contesté par un patient ou par des praticiens. Ce protocole se découpe ainsi : 1- L'évaluation psychiatrique ; 2- La demande d'ALD<sup>190</sup> ; 3- Un real-life test ; 4- Un bilan psychologique ; 5- Un bilan endocrinologique ; 6- Un bilan chirurgical ; 7- Une réunion collégiale en vue de l'opération.

L'association OUTrans avait schématisé ce programme ainsi :

Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme

Figure 2 : Présentation schématique des principales étapes du parcours de soins



<sup>189</sup> GRAFEILLE Nadine, « Prise en charge du transsexualisme : l'exemple bordelais », *La transidentité : du changement individuel aux débats de société* (sous la dir. de Alessandrin A.) L'harmattan, 2011

<sup>190</sup> Affection Longue Durée

Revenons brièvement sur quelques points de ce protocole parisien<sup>191</sup>. On rappellera préalablement que les écrits protocolaires ne disent jamais entièrement la pratique protocolaire. Il subsiste du « jeu » entre ces théories et la pratique clinique. Les protocoles ne sont donc pas statiques : ils évoluent.

### **L'Évaluation psychiatrique.**

Elle est un élément important dans l'architecture « thérapeutique » des protocoles. Du point de vue de l'institution, l'évaluation est perçue comme un suivi « nécessaire ». Lors des entretiens avec les psychiatres protocolaires, tous insistent sur la validité scientifique de cette évaluation : « *Il y a des psychiatres et des psychologues : ce ne sont pas test pour faire passer le temps* ». L'expérience des praticiens est alors mise en avant : « *Nous avons 30 ans d'expérience, et nous en avons vu des patients* ». Si les évaluations psychiatriques sont un préalable au diagnostic du « transsexualisme » c'est que le « transsexualisme » est aussi un diagnostic par défaut. Il s'agit de vérifier l'absence d'autres symptômes pour s'assurer qu'il ne reste que celui-ci. Des tests différentiels sont alors imposés : « *Vous me demandez pourquoi nous faisons passer ces tests, mais vous comprenez bien qu'on ne peut pas opérer n'importe qui, qui viendrait nous demander une opération* » me dit un psychiatre. Il poursuit « *Il existe trop de pathologies qui prennent la forme du transsexualisme. On ne peut pas prendre le risque* »

Selon les praticiens, il existe donc un certain nombre de contre-indications. Le protocole de Paris en fait la liste : « *transvestisme fétichiste, schizophrénie avec idées délirantes de thématique de métamorphose sexuelle, psychopathie avec demande de traitements hormonaux féminisants à visée utilitaire (prostitution)* ». Il n'est donc pas envisageable d'être prostitué et transsexuel. Le « bouclier thérapeutique » dont parle Karine Espineira fonctionne alors à plein régime : c'est pour le bien des personnes que cette sélection est faite. Selon l'expression d'un psychiatre de ce protocole : « *il faut les sauver d'eux-mêmes* » (en parlant des Trans).

---

<sup>191</sup> CORDIER Bernard, CHILAND Colette, GALLARDA Thierry, (2001), *Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, in Ann. Méd. Psychol., n°159, pp. 190-195.  
CHILAND Colette, CORDIER Bernard, « Transsexualisme », *Encyclopédie médicochirurgicale*, Elsevier, p.11, 2000.

Le discours du « patient » est alors perpétuellement remis en cause. Toujours dans ce protocole nous pouvons lire : *« La psychobiographie doit être précisée et nuancée par l'entourage, en particulier par les parents. La rencontre avec les familles apporte des informations précieuses, parfois méconnues du patient lui-même, et peut contribuer au diagnostic ».*

Si la parole du transsexuel est mise en doute, ses actes le sont aussi : la transsexualité ne peut résulter d'une relation consentie et éclairée : *« Nombreux sont les patients tentés par l'auto-administration d'hormones disponibles dans des « marchés parallèles », parfois auprès de médecins inexpérimentés ou complaisants. »*. Comme outil du monopole transsexuel, les protocoles n'hésitent pas non plus à formuler certaines menaces : *« les effets de celle-ci (l'hormonothérapie libre) sur leur psychisme rendront moins fiable cette évaluation psychiatrique. »* Mais là encore, la clinique du transsexualisme est pensée comme thérapeutique. Lors d'un échange, un psychiatre justifie ces suspicions : *« Quand on a quelqu'un qui vous demande de changer de sexe, la moindre des choses c'est de ne pas trouver ça anodin. Vous en conviendrez. C'est pour ça qu'on insiste sur l'évaluation psychiatrique. Pas pour les embêter, mais pour savoir si c'est bien ce qui leur convient. C'est quand même irréversible ! »* L'irréversibilité de l'opération est une justification centrale du contrôle. *« C'est une question complexe, il faut donc faire appel à des spécialistes qui sauront discerner ce qui relève du transsexualisme ».*

### **Le Real-life test.**

Le test en vie réelle est une étape importante du parcours de transsexualisation. Il vient justement donner au psychiatre des éléments de preuve qui corroborent la demande, sa persistance et son urgence. Il est aussi exigé par les protocoles comme un temps de démonstration de la capacité individuelle à s'assimiler « à » et « dans » son nouveau genre. Toujours dans le protocole parisien, le Real Life test est décrit de la sorte :

*« Afin de favoriser cette indispensable expérience de réalité que constitue l'adoption de l'apparence de l'autre sexe [...] nous considérons, comme les spécialistes américains, que cette épreuve ne doit pas se limiter à un travestissement occasionnel et qu'elle est une condition préalable à toute décision de transformation. ».*

Comme « condition », cette étape est incontournable. Elle donne des gages à la normalité. Cependant, nous verrons qu'elle est négociée. Dans cette version du protocole, les premiers mois du « real life test » peuvent s'effectuer sans hormones, assurant aux Trans d'être rattrapés par une police de genre intransigeante. La transition toute entière subit la pression des normes. Mais en tant qu'élément imposé, tel un *outing* forcé, le real life test engendre des situations de vive déstabilisation en tant qu'il ne se superpose pas toujours aux temporalités et aux espaces souhaités par l'individu pour se visibiliser. Il impose de négocier entre l'étiquette du transsexualisme et le stigmate de sa visibilité. Le real life teste donne alors prise à la vulnérabilité et au discrédit. Si subjectivement cette étape peut être envisagée comme un « *challenge* », une « *étape nécessaire pour faire son coming out* » selon l'expression de certains Trans, elle devient aussi un instant de discriminations potentielles. Et plus que la discrimination elle-même, c'est sa potentialité qui effraie. Pour Nicole, 48ans, le plus dure est de suivre les règles d'un bon passing (« *Je n'ai pas du tout envie d'être féminine, mais je sais que c'est rassurant pour les psys, alors je vais mettre un peu de maquillage histoire de faire croire que je me maquille tout le temps. Alors que je m'en fous.* »), mais aussi d'être remarquée : « *Je vais pas non plus en faire trop, car de toute façon ça sonnera faux et j'ai pas envie de me forcer. Comment on fait pour être féminine ? Je sais pas moi [...] Et si c'est pour avoir des insultes ou sexistes non merci. [...] Je vois bien le truc : « si tu supportes le sexisme alors t'as réussi ton passing »* ». Pour reprendre la terminologie de Didier Eribon, la personne se trouve, au moment même où le real life test est imposé, en situation de « discréditation ». Selon Didier Eribon<sup>192</sup> :

*« Tel individu n'a pas besoin d'être effectivement discrédité s'il est par avance discréditable, le seul fait d'être discréditable et de savoir qu'on l'est, et de redouter d'être discrédité, agit sur la conscience et l'inconscient des individus, comme une force d'assujettissement et de domination intériorisée, redoublée par l'angoisse d'être découvert et par l'autocensure nécessaire pour ne pas l'être »*<sup>193</sup>

---

<sup>192</sup> ERIBON Didier, « Réflexions sur la question gay », Fayard, 1999, p.100

<sup>193</sup> On retrouve ici toute la théorie Goffmanienne du « stigmate ». Le processus de stigmatisation dépendant alors de la capacité des « normaux » à déchiffrer le stigmate mais aussi de la visibilité même de ce stigmate. L'individu « stigmatisable » développe alors des stratégies de « faux semblants » dont la révélation comme la dissimulation entraînent des coûts, notamment du point de vue biographique, puisque la cohérence des informations laissées visibles doit apparaître aux yeux d'autrui comme évidentes. Dans « le miroir bisexuel », Catherine Deschamps revient sur cette définition : « *Le terme de stigmate ainsi que ses synonymes permet deux points de vue : l'individu stigmatisé suppose-t-il que sa différence est connue et visible sur place ou bien pense-t-il que sa différence est méconnue, mais immédiatement perceptible par les personnes présentes? [...] Dans le premier cas, on considère le sort de l'individu discrédité, dans l'autre, celui de l'individu discréditable* ».

Alors qu'il se présente comme un élément de la thérapie, le Real Life Test ne respecte pas les préconisations internationales de la WPATH<sup>194</sup> qui suggèrent que le real life test ne soit pas un élément de diagnostic dans le parcours de changement de sexe, mais un élément d'accompagnement et de prise de conscience individuelle. Selon un document de travail de la Sofect<sup>195</sup>, cette étape sert pourtant à mesurer « la congruence » entre « la demande » et « la mise en acte » de « l'adaptabilité » de la personne.

Enfin, nous pourrions conclure sur les conséquences d'une telle imposition. En effet, si les parcours sont vécus comme maltraitants, la question de la prise en charge se couple immédiatement d'une question « éthique », celle de la prise en compte de l'individu en transition, en tant qu'individu relationnel, inscrit dans un réseau social, familial et professionnel et non simplement en tant qu'individu « malade » saisi isolément.

### **Le Bilan chirurgical.**

La caractéristique du bilan chirurgical parisien est qu'il comporte une sélection inattendue : celle liée au statut sérologique. Ce qui en France est une discrimination, liée à l'état de santé de la personne, n'est pas envisagé de la sorte par le protocole parisien. Les militants l'ont déjà dénoncé<sup>196</sup>, ceci constitue un élément sélectif de plus. Sont ajoutées à ce protocole des « suggestions » dans lesquelles on peut lire que Colette Chiland n'envisage pas l'opération comme une « *solution thérapeutique* ». En effet, seuls les professeurs Cordier et Gallarda l'envisagent de la sorte. Nadine Grafeille dira de cette même opération qu'il s'agit là de la « *moins mauvaise solution* », expression qui illustre me semble-t-il le peu d'enthousiasme psychiatrique pour ce type d'intervention, et qui vient souligner une fois de plus les diverses positions théoriques présentes au sein du programme « transsexuel ». Si de l'extérieur les protocoles hospitaliers semblent unifiés, de l'intérieur ils apparaissent comme une association de pratiques et de points de vue non superposables.

---

<sup>194</sup> WPATH (World Professional Association for Transgender Health)

<sup>195</sup> En annexe

<sup>196</sup> Lire par exemple « Entretien avec AIDES » dans l'Observatoire Des Transidentité, sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/article-entretien-avec-aides-78292709.html>

Tom Reucher expose sur son site <sup>197</sup> le protocole du GRETIS <sup>198</sup> :

« *L'entrée dans le protocole médical est soumise à certains critères.*

- *être âgé de 25 ans au moins et de 40 ans au plus. Ce dernier critère est relatif, il peut être assoupli à certaines conditions;*
- *avoir un logement stable et des ressources fixes;*
- *ne pas avoir de pratique actuelle de prostitution;*
- *ne pas avoir d'engagements familiaux importants, notamment d'enfants à charge;*
- *ne pas être isolé; ce critère est relatif;*
- *ne pas avoir eu de geste d'automutilation, ce critère est relatif;*
- *être séropositif au VIH; ceci contre-indique l'intervention génitale. »*

Il ajoute : « *Il y a des personnes qui ne rentrent pas complètement dans leurs critères et qui ont obtenu gain de cause. Dans ce cas, pourquoi faire des critères si rigides? Est-ce pour décourager les gens? ».*

Il faut distinguer quatre éléments si l'on veut être précis quant à la description que l'on fait des protocoles. Premièrement, nous l'avons vu, ces protocoles ne sont pas statiques. Ils évoluent lentement, et une observation longitudinale de ces derniers permet de repérer des adaptations. À Bordeaux par exemple, le critère de la « *taille* », un temps jugé pertinent, a été retiré des suivis. Selon une de ces praticiennes, la taille était un élément qui aurait pu ne pas permettre « *l'intégration* » (notamment des MtF). « *Mais ce critère n'est plus utilisé. Une femme grande aujourd'hui ça ne dérange plus* ». Deuxièmement, les protocoles ne sont pas tous les mêmes. Composés de membres différents, faisant face à des associations aux revendications variées, ils ne se superposent pas de manière exacte. Ainsi, le protocole de Bordeaux, à l'inverse de celui de Paris, ne refuse pas les opérations aux personnes Trans porteuses du VIH. Selon une sexologue de ce protocole : « *Je sais qu'à Paris ils ont émis cette condition, mais les personnes descendent sur Bordeaux. Nous on ne refuse pas de les opérer* ».

---

<sup>197</sup> [http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/protocoles/protocole\\_gretis.htm](http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/protocoles/protocole_gretis.htm)

<sup>198</sup> Groupe de Recherche et d'Etude sur les Troubles de l'Identité Sexuelle

On pourrait trouver de nombreuses différences, parfois marquées, entre ces protocoles. Concernant les techniques chirurgicales, les chirurgiens de Lyon procèdent depuis 2010 à des métaiodioplasties, c'est-à-dire à la transformation du clitoris en verge, à des scrotoplasties et à des implants testiculaires. À Bordeaux, elles ne sont pas pratiquées. Il faut ajouter deux autres éléments. Le premier permet de distinguer « les écrits des protocoles » et « les praticiens des protocoles ». Comme le suggère la dernière remarque de Tom Reucher, on ne peut jamais parfaitement rabattre les positions théoriques sur des pratiques cliniques. Ce qui se joue à l'intérieur du cabinet du psychiatre, dans l'interaction entre le patient et le médecin, est aussi à prendre en considération.

Nous verrons à ce sujet que plus le script du transsexualisme est restitué avec conformité, plus l'interaction avec le praticien semble bien se passer. L'enquête d'Alain Giami et d'Emmanuelle Beaubatie révèle par exemple que selon les auto-appellations, « 39,7% des « femmes » contre 29,2% des « femmes trans » et seulement 8,3% des « trans » » ont bénéficié d'une opération de réassignation. Plus la personne s'identifie comme « femme » et non comme « trans » plus l'opération est souhaitée. Mais dans le même temps, plus la personne se rapproche du script du « transsexualisme » (*un homme qui devient une femme* et inversement) plus l'accès à l'opération est facilité. Sur ce point, les injonctions protocolaires peuvent ne pas être perçues à l'identique par toutes les personnes. Fabien, 41ans, a décidé de débiter son parcours avec le protocole de l'Hôpital Foch à Paris. Être « transsexuel » et non pas « transgenre » rassure les praticiens et « *c'est normal, car y'en a ils veulent être un homme et une femme à la fois. C'est pas possible. Faut arrêter de rêver. Moi, je suis issu du transsexualisme et je ne suis pas transgenre* ». Pour lui « *Attendre trois ans (avant l'accord pour l'opération) ce n'était pas trop. Heureusement qu'il y avait le protocole* ». Et quand je lui demande si les règles des protocoles n'étaient pas trop strictes, il répond : « *C'est toujours trop long quand t'attends une opération, mais les règles sont les règles* ». « *C'est pour ça aussi que les psys il faut les écouter, ils savent ce qu'ils font. Ils vont pas autoriser ça à tout le monde non plus* ».

Enfin, il faudra souligner que tous les praticiens n'ont pas le même rôle et ne sont pas appréhendés de la même façon dans ces protocoles. Dans ce « parlement » du sujet et du corps, pour reprendre l'expression de Laurence Hérault<sup>199</sup>, tous les intervenants n'ont pas le même statut. Et il m'a semblé, au cours de discussions avec les protocoles et avec les personnes Trans, que l'on pourrait distinguer, notamment du côté des chirurgiens, une nouvelle génération de praticiens dont l'investissement protocolaire aborde la question « technique » de l'opération en remettant en cause quelques présupposés idéologiques. Lors d'une discussion, l'un d'entre eux insiste : « *Lors de réunions d'éthique, j'ai demandé pourquoi on ne proposait pas aux transsexuelles de pouvoir congeler leurs gamètes. Et on m'a répondu : « mais vous n'y pensez pas » !* ». Professionnellement, chaque corps de métier tient un discours qui lui est propre et qui, s'il concourt au suivi du programme, garde néanmoins ses spécificités.

C'est ce que montre notamment Laurence Hérault dans son texte « *Constituer des hommes et des femmes* »<sup>200</sup> en soulignant l'aspect potentiellement « explosif » des rencontres avec le psychiatre, lorsque les rencontres avec l'endocrinologue sont plus « négociées ». De plus, rappelons que l'on ne diagnostique une dysphorie de genre qu'à défaut d'autres maladies ou troubles. Car rien de précis ne permet un tel diagnostic. Les pratiques protocolaires à ce sujet varient ; les méthodes aussi. Quant à l'étiologie, on l'aura vu, elle ne permet pas une parole évidente sur un cas. Au cabinet psychiatrique, les personnes transsexuelles savent surtout qu'elles ne sont ni schizophrènes ni travesties fétichistes. C'est une batterie de tests différentiels qui permet alors d'établir le diagnostic : la personne porte-t-elle ou non les symptômes du transsexualisme ou les demandes sont-elles l'expression d'un autre trouble ? C'est cette recherche des symptômes qu'évoque la sexologue Mireille Bonierbale lorsqu'elle écrit que « *le diagnostic va donc se poser sur la constance à demander et à souffrir* », « *c'est pourquoi une période de deux ans d'observation a été fixée.* »<sup>201</sup>

---

<sup>199</sup> HERAULT Laurence, « Constituer des hommes et des femmes : la procédure de transsexualisation », *Terrain*, n° 42, pp. 95-108. 2004.

<sup>200</sup> Idib.

<sup>201</sup> BONIERBALE Mireille. *Questions face au transsexualisme*. Synapse, n° 142. 1998.



Un dernier point enfin : les protocoles sont « nationaux ». En ce sens, malgré les concertations mondiales<sup>202</sup>, ils restent spécifiques à la France à la fois dans leur méthode chirurgicale et dans leurs modes de suivi. La production d'un corps Trans est à ce point nationalisée qu'il est compliqué de se faire rembourser des opérations à l'étranger, même dans des pays limitrophes<sup>203</sup>. Ce qui est vrai pour n'importe quelle opération l'est encore plus pour le cas du « transsexualisme ». En 2010, lors d'une réunion ministérielle, la SOFECT propose de bloquer la circulaire de prise en charge des opérations dans l'U.E. Selon un des responsables associatifs présents à cette réunion : « *La demande de circulaire que nous avons déposée pour les prises en charge hors de France n'a pas pu quitter le ministère de la Santé. La Sofect s'y étant opposée* ». Toujours lors de cette réunion, la SOFECT remet un document de travail au ministère de la Santé<sup>204</sup> s'opposant aux demandes des associations et de la HAS (Haute Autorité de Santé) qui, dans son rapport de 2010, envisageait un remboursement des opérations faites à l'étranger « *tant que l'offre de soins ne sera pas suffisante* ». La SOFECT y répondra de la manière suivante : « *Le libre choix du médecin devrait obéir aux règles générales sur le territoire national [...] et non à des présupposés [...] Il n'y a aucune justification rationnelle pour un remboursement de la prise en charge à l'étranger* ». Suite à cette réunion, les demandes des associations sont restées lettre morte. D'ailleurs, ces interventions à l'étranger sont désignées par certains praticiens français comme du « tourisme médical »<sup>205</sup>. On soulignera dans cette formulation la méfiance qu'inspirent ces pratiques chirurgicales internationales alors qu'il s'agira, nous concernant, de s'intéresser de plus près à cette « industrie émergente » du soin, concurrentielle et mondialisée<sup>206</sup>.

---

<sup>202</sup> La WPATH (World Professional Association for Transgender Health) propose en effet des rencontres internationales et un protocole de soins, disponible sur :

<http://www.wpath.org/documents2/socv6.pdf>

<sup>203</sup> Cf : formulaire E112

<sup>204</sup> En annexe

<sup>205</sup> BOURGEOIS Marc-Louis, « Introduction », *Petit Mutatis Illustré* (Manuel de parcours Trans édité par l'association Mutatis Mutandis)

<sup>206</sup> LE BORGNE Catherine, « Concurrence et santé. Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner », *Sève, les tribunes de la santé*, Presses de Sc. Po. n°15, pp.47-53, 2007

## 2° **CE QUI FAIT TENIR LE TRANSSEXUALISME**

On aura montré que si la transsexualité est une construction médicale, ses frontières actuelles ne sont pas stabilisées pour autant. Peut-être plus que sur la scène psychiatrique, c'est dans l'espace juridique que les militants Trans semblent aujourd'hui les plus actifs. Nous assistons à une « judiciarisation » du mouvement Trans, avec un certain effet d'ailleurs sur les droits des personnes. En France, la reconnaissance attendue par le droit trouve ses racines dans les premières opérations réalisées sur le sol marocain. Si les premières revendications portaient alors sur l'accès à de nouveaux papiers d'identité, les mobilisations actuelles complexifient considérablement l'étendue des demandes. Très longtemps le droit a cédé sa place à la psychiatrie pour dire ce qu'étaient et ce que devaient être les transidentités. Il est même à souligner que le droit, ou l'absence de loi, est un élément précarisant pour les personnes qui changeaient de sexe ou de genre.

Entre « le principe de l'indisponibilité des personnes » et « le code de déontologie médical » interdisant les « mutilations »<sup>207</sup>, le droit français n'est pas parvenu à proposer une définition du changement de sexe qui se différencie des définitions médicales. On pourra trouver différentes raisons à cela : d'une part le législateur n'a pas émis de proposition de loi en ce sens, d'autre part les juristes ne créent pas les jurisprudences qui forceraient le droit. Pour beaucoup, en lien avec les protocoles de changement de sexe, c'est vers la psychiatrie qu'il convient de se tourner. Lors d'un entretien avec un avocat, ce dernier concède :

*« Personnellement, je n'irai pas défendre quelque chose qui aille à l'encontre des pratiques protocolaires. Je sais qu'il existe des textes européens, mais le juge a besoin de la médecine dans ces cas précis ».*

---

<sup>207</sup> <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-41-mutilation-265>

Ce n'est que très récemment, et notamment sous l'impulsion du droit communautaire, que les bases juridiques françaises sur le changement de sexe ont évoluées, entraînant l'apparition d'une contradiction entre les textes européens et les pratiques juridiques françaises. S'il faut différencier les textes issus de la C.E.D.H (Cour Européenne des Droits de l'Homme) et de la C.J.C.E (Cour de Justice des Communautés Européennes) il faut aussi souligner les dissonances des décisions de tribunaux français notamment en terme de changement d'état civil.

Ainsi, à quelques jours d'intervalle, le tribunal de Paris et celui de Nancy rendaient des avis strictement opposés quant au changement d'état civil. La cour d'appel de Nancy demandait le 3 janvier 2011 à ce que la requérante prouve sa « stérilité irréversible » et non un « diagnostic de transsexualisme » pour obtenir un changement d'état civil. À l'opposé, quelques jours plus tard, le 27 janvier de la même année, la cour d'appel de Paris revient sur la nécessité de faire la preuve d'« *un transsexualisme authentique, syndrome médicalement reconnu* ». Dans une question inscrite au Journal Officiel, datée du 08 décembre 2009, le député Jean Luc Pérat écrit :

*« Par un arrêt rendu le 26 octobre 1998, la cour d'appel de Rennes a admis que lorsqu'une personne a pris une apparence physique la rapprochant de l'autre sexe, auquel correspond son comportement social, le principe du respect de la vie privée justifie que son état civil mentionne désormais le sexe dont elle a l'apparence. La cour d'appel d'Aix-en-Provence s'est prononcée dans le même sens par un arrêt rendu le 9 novembre 2001. L'intervention chirurgicale étant très lourde et pas toujours souhaitée par la personne transgenre, cette dernière possibilité de changement d'état civil sans intervention préalable devrait être ouverte à tous, quelque soit le territoire et le tribunal dans lequel le ou la concerné(e) se présente ».*

Sur la question Trans, le maillage juridique, conceptuel comme territorial, est source d'inégalités. Il n'est aujourd'hui de jugements que bricolés autour de textes contradictoires, d'où les aléas juridiques dont les acteurs s'échinent à maîtriser les éventuelles discordances. Il y a des trous dans le tissu juridique. L'exemple du mariage est de ce point de vue symptomatique d'une législation coincée entre les démarches militantes, les résistances politiques et les textes européens plus ou moins contraignants.

Le 4 juin 2011, un mariage est fêté à Nancy, quelques heures avant la marche des fiertés. Il ne s'agit pas de n'importe quel mariage puisque contrairement à celui de Bègles en 2004 et de Camille et Monica en 2005<sup>208</sup>, celui-ci permettra de sceller le premier mariage homosexuel en France. Les deux compagnes, Stéphanie (militante Trans) et Elise, auront pu se marier en se jouant des règles qui leur sont imposées : le changement de sexe de Stéphanie n'étant pas validé par un juge, les deux sexes sur l'état civil restent opposés. Elles sont donc autorisées à s'épouser. Mais il n'en a pas toujours été ainsi. Lorsque Camille et Monica s'étaient vues opposer un refus quant à leur mariage, il avait été brandi l'accusation de « mariage militant ». Pour Stéphanie et Elise, les contraintes et discriminations à l'encontre des personnes Trans deviennent paradoxalement un atout. En effet, si Stéphanie avait suivi la procédure habituelle de changement de sexe et de demande de changement d'état civil, elle aurait du démontrer sa stérilisation. En conséquence de quoi, devenue « femme sur l'état civil », et alors même qu'elles éprouvent des sentiments l'une envers l'autre, elle aurait du divorcer d'Elise (puisque le mariage homosexuel n'est pas reconnu en France). Enfin, elle n'aurait plus pu épouser Elise et aurait du, pour bénéficier des droits auxquels ouvre le mariage, épouser un homme<sup>209</sup> ! Nous pourrions tirer la conclusion à peine exagérée que pour les homosexuels, la France ouvre le mariage à la condition d'un changement de sexe.<sup>210</sup>

---

<sup>208</sup> Considérées comme les premières Trans à demander un mariage Trans en France

<sup>209</sup> Sur ce point précis du divorce, le Jeudi 29 Octobre 2011, le tribunal de Brest a reconnu le droit à un couple dont l'un des deux membres changeait d'état civil de rester marié. De fait, cela revenait à reconnaître un mariage homosexuel.

Je renvoie aussi au texte de Nathalie Rubel professeur en philosophie du droit - Etudes de genre à Lille 3, intitulé « Ce que l'état civil fait aux individus. Exclusives et assignations sexuelles dans une république laïque » paru dans le livre collectif « Les usages politiques de l'identité » en 2009, texte sur les effets révélateurs de la question Trans sur la question de l'état civil que l'on pourrait décliner sur la question de la mention du sexe sur la carte d'identité, question que pose par exemple Marcela Iacub dans le chapitre « Transsexualisme et société » (pp 25-36) du rapport de la HAS (Avril 2009)

<sup>210</sup> FASSIN Eric, « les leçons inattendues du mariage trans », *libération*, 23 Juin 2011.

En quoi le droit est-il alors perturbé ? D'une part, sans loi sur la question, le droit ne se prononce pas ou alors selon les termes de la psychiatrie. La tension existante se situe donc au niveau des jurisprudences qui, ce faisant, interrogent en plus des règles de droit, des normes instaurées tels le mariage ou la parenté. D'autre part, dans un jeu d'échelles entre local et international, le droit français est contrarié par un droit des personnes, émanant d'instances juridiques européennes, qu'il avait jusque-là très peu prises en compte.

Les spécialistes du droit s'opposent ainsi sur ces évolutions juridiques contradictoires, contraintes ou non, au même titre que certains psychiatres, tenants des protocoles, qui voient dans l'autonomisation du droit face à la médecine une nouvelle étape de la dépsychiatriation tant décriée. Sans trop insister sur le monde associatif Trans, il me semble néanmoins important de souligner ce que les acteurs Trans ont perçu dans le droit, à savoir un nouvel outil de contestation des normes en vigueur en France et un outil de mise en concurrence des droits nationaux et européens. L'élaboration d'offres juridiques extranationales diverses, permet alors de dévoiler, dans un jeu d'échelles comparatif, des stratégies de mise sous tension du droit national avec son concurrent européen. On fait alors porter au droit des promesses de changement, d'émancipation, et il ne sera pas inutile de questionner ces espoirs. Comment se concrétisent-ils ? Quelles formes d'actions donne-t-il à voir ? Que suggère un agenda militant qui pense l'émancipation du côté du droit ?

### ***1.2.1 Où le droit cède sa place à la psychiatrie***

En France comme dans d'autres pays, le droit ne se prononce pas de manière autonome et indépendante de la médecine sur le changement de sexe. Très longtemps même, le droit ne s'est pas prononcé du tout. Ce qui est nouveau c'est l'accumulation des faits, à la fois politiques, juridiques et médicaux, qui donnent à l'actualité Trans une densité qu'elle n'avait plus depuis la condamnation de la France par la Cour Européenne en 1992. Pour un bref rappel, par une décision du 25 mars 1992 (affaire B. contre France), la Cour Européenne des Droits de l'Homme condamna la France.

Saisie d'une plainte, la Cour Européenne décida « *que le droit français, en exigeant une révélation constante de son sexe officiel, plaçait quotidiennement la requérante dans une situation globale incompatible avec le respect dû à sa vie privée* ». La France a de ce fait été condamnée pour violation de l'art. 8 C.E.D.H. La même année, en décembre, la Cour de cassation rend ses conclusions<sup>211</sup>. Elle se base alors sur la définition proposée en 1982 par le professeur René KUSS, urologue, ancien président de l'Académie Nationale de Médecine pour laquelle il avait rendu un rapport sur le transsexualisme. Les conclusions de la Cour de Cassation précisent alors que :

*« Selon René Küss, dont la communication, adoptée à l'unanimité le 29 juin 1982 par l'Académie de médecine, fait autorité dans les milieux scientifiques- le transsexualisme se caractérise par le "sentiment profond et inébranlable d'appartenir au sexe opposé à celui qui est génétiquement, anatomiquement et juridiquement le sien", accompagné du "besoin intense et constant de changer de sexe et d'état civil". Le transsexuel -qui est le plus souvent un homme- "se sent victime d'une erreur insupportable de la nature dont il demande la rectification tant physique que civile pour parvenir à une cohérence de son psychisme et de son corps et obtenir ainsi une réinsertion sociale dans le sexe opposé »*

La Cour de cassation se calque précisément sur la psychiatrie pour dire ce qu'est la transidentité, réduite au phénomène transsexuel. À l'opposé, la psychiatrie voit parfois d'un mauvais œil le fait que la justice donne un avis sur un fait médical : ainsi, en 1994, Marc Louis Bourgeois, psychiatre au sein du protocole de Bordeaux, écrivait un article intitulé « *Le changement de sexe est-il un droit de l'homme?* »<sup>212</sup> dans lequel il trouvait étonnant que ce soit à la justice de traiter de cas médicaux. Nous sommes un an après la condamnation de la France face à la Cour Européenne de Justice, condamnation qui permettra aux personnes Trans d'obtenir un changement d'état civil, conformément à l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme portant sur le respect de la vie privée. Aujourd'hui la question Trans n'est plus dissociable de la question juridique. Seize ans après l'article de Marc Louis Bourgeois le droit est devenu un élément central du débat sur le changement de sexe, qui se décline aujourd'hui en un débat sur le respect des Droits de l'Homme et sur la libre disposition de son corps.

---

<sup>211</sup> JEOL Michel : Bulletin d'information de la cour de cassation - Jurisprudence et doctrine - Communications, publication bimensuelle, n° 360, 1er février 1993, Journal Officiel.

<sup>212</sup> BOURGEOIS Marc Louis, « Le changement de sexe est-il un droit de l'homme ? » *Synapse*, 105, 1-5, 1994.

Cependant, l'emprise de la psychiatrie dans l'arène juridique est telle, que certains tribunaux demandent encore des expertises psychiatriques et médico-légales pour vérifier la véracité du changement ; expertises qui venaient s'ajouter aux protocoles hospitaliers. C'est ce que relate Anne (65ans) :

*« Je vais pas te faire un dessin. Un médecin t'accompagne, voilà, il enfile un gant et on te demande de t'allonger. Pour vérifier. Alors que des chirurgiens m'ont opéré. Y'avait des papiers et tout pour prouver que l'opération avait bien eu lieu, mais voilà... Je voulais mes papiers alors j'ai serré les dents... »*

Ces expertises sont vécues par les Trans comme des « viols légaux ». De nombreuses associations reprennent cette terminologie pour alerter sur la violence du contrôle de la médecine légiste sur les corps.

L'autonomisation de la justice par rapport aux pratiques locales des équipes hospitalières est très lente et c'est du côté de l'Europe qu'il faut regarder pour observer une contrainte au changement. Si l'on revient un instant sur l'affaire « *B. contre France* » on notera que la France prend acte de la condamnation : « *la France doit modifier son système actuel, du triple point de vue des actes d'état civil, des pièces d'identité et des autres documents d'usage courant* », mais elle souligne immédiatement que le changement d'état civil ne pourra se faire qu'à la condition que, « *pour le requérant comme pour la collectivité, un minimum de garanties* » soit établi. Il reviendra à la médecine et aux protocoles de fournir ces garanties. À l'exception d'une loi proposée le 9 avril 1982 par Henri Caillavet<sup>213</sup> « *tendant à autoriser les traitements médico-chirurgicaux pour les anormalités de la transsexualité et à reconnaître le changement d'état civil des transsexuels* », il n'y a pas eu de proposition de loi visant précisément à améliorer les conditions de vie des personnes Trans avant la condamnation de la France. Depuis, seule la lutte contre les discriminations permet d'apprécier l'audace timide du législateur face au changement de sexe. Ainsi, avec la création de la HALDE<sup>214</sup> quelques discriminations sont mises à jour. Si la « transphobie » ou les discriminations relatives aux « identités de genre » ne sont pas reconnues en France, la discrimination liée au « sexe » est quant à elle combattue.

---

<sup>213</sup> Lire à ce propos la préface du livre de Maxime Foerster : « Histoire des transsexuels en France »

<sup>214</sup> Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité, remplacée par « le défenseur des droits ».

Dès lors, les insuffisances du droit font place à ses paradoxes : seules les personnes Trans « transsexuelles », c'est-à-dire atteintes de dysphories de genre, reconnues comme telles et opérées, peuvent se voir appliquer la législation relative à la lutte contre les discriminations. Dans ce cadre, il est par exemple envisagé que l'inadéquation entre papiers d'identité et apparence physique soit source de problèmes pour l'employé et l'employeur. À ce titre, selon une délibération de septembre 2008, la HALDE « rappelle à l'employeur les dispositions relatives au principe de non-discrimination »<sup>215</sup>. De plus, selon cette même autorité il y a discrimination lorsque l'employeur invoque « sans justification recevable » l'inaptitude au travail (délibération n°2008 du 18 février 2008). Si l'on se pose la question de savoir comment la Halde a-t-elle pu relever une discrimination alors que la loi ne reconnaît pas explicitement la transphobie, il sera intéressant de remarquer l'utilisation de textes européens dans l'élaboration de la recommandation. En fait, la Halde s'appuie sur une jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE), qui établit qu'une personne est discriminée du fait d'une conversion sexuelle si elle « fait l'objet d'un traitement défavorable par rapport aux personnes du sexe auquel elle était réputée appartenir avant cette opération ». On retiendra surtout que la lutte contre les discriminations faites aux Trans n'inclut que les personnes « réassignées », c'est-à-dire, nous y reviendrons, une minorité de Trans. Plus précisément, le droit ne s'applique qu'aux hommes et aux femmes dont le sexe à l'état civil correspond au genre revendiqué. Pour le cas des personnes Trans non opérées, puisque les discriminations liées à l'identité de genre ne sont pas reconnues, le droit ne s'applique qu'après l'intervention d'un tiers médical, le psychiatre et le chirurgien, pour justifier d'une discrimination « liée au sexe ». Là encore, le droit (français tout du moins) ne semble pas s'être émancipé de la médecine, même pour traiter d'une question non médicale : celle des discriminations.

Le 10 février 2010, un décret d'application fait passer le remboursement par ALD<sup>216</sup> du « transsexualisme » d'une ALD 23 à une ALD 31. Dans les faits, les personnes Trans ne sont plus remboursées de leurs changements pour cause de « maladie psychiatrique », mais de « maladie hors-liste », ce qui a été abusivement nommé une « dépsychiatriation ».

---

<sup>215</sup> Délibération relative à l'inadéquation entre l'apparence physique d'une personne transsexuelle et son numéro de sécurité sociale n° 2008-190 du 15/09/2008

<sup>216</sup> Affection Longue Durée



Après un rapport de la HAS dont les conclusions sont fortement critiquées par les militants, une circulaire du ministère de la justice datée du 14 mai 2010 stipule que :

*« La notion de traitement médico-chirurgical [...] a été entendue comme exigeant l'ablation des organes génitaux d'origine et leur remplacement par des organes génitaux artificiels du sexe revendiqué (opération de réassignation sexuelle). Toutefois, certaines juridictions de fond considèrent que les exigences posées par la Cour de cassation<sup>217</sup> visent essentiellement à démontrer le caractère irréversible du processus de changement de sexe. [...] Au vu de ces éléments, vous pourrez donner un avis favorable à la demande de changement d'état civil dès lors que les traitements hormonaux ayant pour effet une transformation physique et physiologique définitive, associés, le cas échéant, à des opérations de chirurgies plastiques [...] ont entraîné un changement de sexe irréversible, sans exiger pour autant l'ablation des organes génitaux »<sup>218</sup>*

Le changement d'état civil, qui était conditionné à une stérilisation chirurgicale, peut se voir accordé en cas de stérilisation hormonale seulement. On saisit où se situe juridiquement le conflit : on ne peut pas être un père « enceint ». Du point de vue de la réception de cette circulaire, que la stérilisation ne soit *qu'* hormonale n'a pas réellement rassuré les personnes Trans. Pour Damien (25ans) « *C'est bien, c'est déjà ça, mais c'est le principe de demander une stérilisation qui est révoltant* ». Au-delà de l'aspect « définitif » de tels changements, dont on est en mesure de questionner le sens, cette circulaire (qui ne fait pas office de droit, mais qui donne une indication quant à l'application du droit) ouvre la possibilité, pour des personnes non opérées de pouvoir bénéficier d'un changement d'état civil. Des demandes ont alors été formulées, et même avant cette circulaire quelques tribunaux avaient accepté, à de très rares occasions, de fournir un changement d'état civil à des personnes non opérées. Cependant, la brèche ouverte par cette circulaire, qui, disons-le clairement, « officialise » la possibilité d'être une femme civile aux organes génitaux dits « mâles » et inversement, est immédiatement refermée. À l'approche de jugements, s'appuyant sur le caractère vague de la notion « d'irréversibilité », le nouveau garde des Sceaux, Michel Mercier, précise les critères d'application du droit.

---

<sup>217</sup> En référence aux conclusions rendues en 1992 par la cour de cassation

<sup>218</sup> Ministère de la justice, Circulaire CIV / 07 / 10, 14 Mai 2010

En réponse à la question écrite n° 14524<sup>219</sup> de Mme Maryvonne Blondin (sénatrice PS), datée du 22 juillet 2010, le ministre écrit :

*« La notion de changement de sexe irréversible évoquée dans la circulaire du 14 mai 2010 fait référence à la recommandation n° 1117 du Conseil de l'Europe relative à la condition des transsexuels, citée par le rapport de la Haute autorité de santé « Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme en France » de novembre 2009. Cette notion est d'ordre médical et non juridique et, selon certains spécialistes, le caractère irréversible peut résulter de l'hormonosubstitution, ce traitement gommant certains aspects physiologiques, notamment la fécondité, qui peut être irréversible. Il appartient aux personnes concernées d'en rapporter la preuve, notamment par la production d'attestations de médecins reconnus comme spécialistes en la matière (psychiatre, endocrinologue et, le cas échéant, chirurgien) et qui les ont suivis dans le processus de conversion sexuelle. Le procureur fonde ensuite son avis, au cas par cas, sur les pièces médicales produites par le demandeur. »<sup>220</sup>*

Quelques jours plus tard, le 3 Janvier 2011, Stéphanie Nicot, porte-parole de l'association Trans-aide Lorraine, se voit refuser son changement d'état civil du fait qu'elle « n'apporte pas de preuve de son changement irréversible de sexe » ce « qui, en aucun cas, ne saurait résulter du fait qu'il appartient au sexe féminin aux yeux des tiers ». De plus, le jugement stipule que « le respect de la vie privée ne peut avoir pour effet d'exonérer l'intéressé de cette obligation ». Par ce renversement de situation, il apparaît que la transidentité reste encore la chasse gardée des protocoles hospitaliers. Tutélaire de cette dernière, l'arène juridique ne parvient pas à s'autonomiser des définitions médicales en faisant passer l'acte du changement d'état civil de la question médicale au droit de la personne comme le propose par exemple la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Mais pour faire basculer le changement de sexe du côté du droit et non plus seulement du côté de la médecine, les revendications Trans trébuchent face à l'hégémonie du discours psychiatrique sur cette question.

---

<sup>219</sup> « Demandes de changement de sexe à l'état civil par les personnes transsexuelles ou transgenres » Question écrite n° 14524 de Mme Maryvonne Blondin (Finistère - SOC), publiée dans le JO Sénat du 22/07/2010, p. 1904

<sup>220</sup> Réponse du Ministère de la justice publiée dans le JO Sénat du 30/12/2010 - page 3373

Le « pouvoir psychiatrique », comme instance normalisatrice, se substitue alors au législateur qui s'y réfère quasi exclusivement. Dans son article intitulé « Les docteurs et la loi »<sup>221</sup> Axel Delmotte souligne que la légitimité de l'expérience transidentitaire reste soumise au diagnostic et à l'opération :

*« Cette médicalisation s'accompagne évidemment d'une soumission - au corps médical - et d'un puissant contrôle social. S'appuyant aujourd'hui sur les articles 40 et 41 du Code de la déontologie médicale<sup>222</sup>, les endocrinologues et les chirurgiens refusent de pratiquer une intervention sans passage par ce que le Conseil de l'Ordre désigne comme un « diagnostic absolu », exclusivement délivré par un psychiatre. »*

Il ajoute un élément central à cette timidité juridique :

*« Les juges demeurent ignorants en matière de transgenderisme. S'appuyant exclusivement sur les rapports psychiatriques, beaucoup ne comprennent pas qu'une personne puisse revendiquer un genre opposé à son sexe et vouloir néanmoins conserver celui-ci. La justice craint probablement qu'une MTF (Male to Female) qui a conservé son appareil génital masculin, mais qui a obtenu une modification de sexe sur ses papiers, puisse ensuite avoir un enfant et devenir une femme-père biologique. »*

Pour le dire autrement, le droit appréhende l'ensemble des changements qui pourraient découler d'une reconnaissance plus large de l'ensemble des transidentités. L'argument thérapeutique vient alors colmater les incertitudes que le droit pourrait avoir à appliquer des lois, dont on verra qu'elles rentrent en contradiction avec des lois européennes<sup>223</sup>.

---

<sup>221</sup> DELMOTTE Axel, « les docteurs et la loi », Vacarme 11, 2000.

<sup>222</sup> Art. 40 : « Le médecin doit s'interdire dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié. » Art. 41 : « Aucune intervention ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement. »

<sup>223</sup> Au moment où j'écris ces lignes, la député PS de Gironde (Michèle Delaunay) soumet une proposition de texte à l'Assemblée Nationale décorrélant le changement d'Etat Civil à l'opération.

### **1.2.2 Le « transsexualisme » ou le monopole protocolaire**

De cette saisie par le droit découle un monopole protocolaire du transsexualisme. Corrélativement à l'arène juridique, aucune équipe hospitalière ne propose d'alternative à celles déjà mises en place. Pourtant, des exemples cliniques existent, mais ils ne permettent pas une reconnaissance juridique ni même l'accès à une opération remboursée. Dans son livre « Psychologie des transsexuels et des transgenres »<sup>224</sup> Françoise Sironi propose un autre *modus operandi* face aux demandes de changement de sexe qu'elle définit comme une « contrainte à la métamorphose »<sup>225</sup>. Sa position va à l'encontre des propositions protocolaires actuelles qu'elle juge « hypocrites » et « maltraitantes »<sup>226</sup>, imposant des « psychothérapies coercitives »<sup>227</sup>. En tant que psychologue clinicienne elle fait le constat que ce qu'elle nomme la « vie psychique du genre » concerne tout un chacun : les Trans bien sûr, mais aussi les hétérosexuels, les homosexuels, les hommes et les femmes sans distinction. C'est pourquoi, selon elle, il est impératif d'accéder à une dépathologisation des variances de genre. C'est dans cette optique qu'elle revient sur son expérience en proposant une « approche clinique non discréditante »<sup>228</sup>, c'est-à-dire une clinique qui s'effectue avec le sujet, avec lui et non pas contre lui<sup>229</sup>, et dont le concept repoussoir est la « maltraitance théorique », immédiatement visible comme une « maltraitance clinique ». Dans son centre d'accueil, de consultation et de recherche autour du transsexualisme qu'elle mit en place au Centre Georges-Devereux, un des dispositifs proposés est « la mise en position d'expertise des sujets concernés »<sup>230</sup>. Elle insiste sur le fait qu'une clinique non-maltraitante serait une clinique où il ne devrait plus y avoir de production de discours sur les sujets sans la participation active des sujets eux-mêmes. Dans une volonté affichée d'amener les personnes concernées à établir un « récit de soi », Françoise Sironi déplace la question du transsexualisme du diagnostic aux agencements individuels et celle de la transition à la métamorphose.

---

<sup>224</sup> SIRONI Françoise, *Psychologie(s) des transgenres et des transsexuel(le)s*, Odile Jacob, 2011.

<sup>225</sup> p.12

<sup>226</sup> p.21

<sup>227</sup> p.27

<sup>228</sup> p.34

<sup>229</sup> p.56

<sup>230</sup> p.75

Elle écrit :

*« Dans les processus de changements identitaires, la métamorphose est organisée en étapes, en mues successives. Le résultat conscient est celui de la douleur, de la souffrance psychique, concomitante à une joie créatrice, celle d'un auto-engendrement »*

Ces propositions restent cependant peu discutées au sein des protocoles. Lorsqu'elles ne sont pas simplement ignorées, elles sont même violemment critiquées. Dans sa lecture de l'œuvre, Colette Chiland (présidente d'honneur de la Société Française d'Etudes et de prise en Charge du Transsexualisme) renvoie Françoise Sironi à ce qu'elle perçoit comme le caractère militant de son écriture et de ses propositions. Mais au-delà, Colette Chiland situe la « maltraitance » du côté de la société et non pas du côté des psychiatres hospitaliers. Selon elle « la stigmatisation est liée à l'intolérance de la différence ». Elle rappelle que la métamorphose dont parle Sironi reste une « métamorphose impossible »<sup>231</sup> :

*« On ne peut changer que l'apparence et l'état civil et rendre plausibles la femme sociale et l'homme social « d'origine transsexuelle » (selon l'expression proposée par le groupe du parti socialiste Homosexualités et Socialisme). C'est bien parce que cette métamorphose est impossible, qu'on peut dire que l'idée de changer de sexe est une idée folle et que les médecins ont donné une réponse folle à une demande folle. Toutefois, les chirurgiens, quand ils font signer le consentement éclairé à la transformation chirurgicale, avertissent la personne transsexuelle des limites de la transformation ; sinon, comme le dit un de mes amis, ils sont des « escrocs ».*

---

<sup>231</sup> Rejoignant ainsi Pierre Henri Castel.

Le monopole n'est pas uniquement théorique. Il s'inscrit dans l'économie de la clinique du transsexualisme et dans les propositions politiques de la SOFECT. En 2010, lorsque les associations Trans ont dévoilé leurs revendications au ministère de la Santé, l'une d'entre elles portait sur le libre choix du médecin. Les psychiatres hospitaliers détenant le monopole à l'entrée des parcours remboursés, le choix des psychiatres pour un suivi est excessivement limité. Pour les associations il s'agissait d'assurer le libre choix du médecin, même lorsque le choix se portait sur les praticiens non-protocolaires. À cela la SOFECT répond que le libre choix comporte une dimension « *théorique* » puisque les seuls spécialistes sont « *regroupés au sein de la SOFECT* ».

Si les protocoles tiennent, c'est donc qu'ils détiennent un monopole sur les parcours transidentitaires pris en charge. Cependant, le programme instauré est débordé. Les Trans voulaient de la médecine, on leur a donné de la psychiatrie. La psychiatrie se voulait thérapeutique, elle est vécue comme maltraitante. Entre les réécritures de la CIM et du DSM, les critiques des personnes concernées et les incertitudes juridiques, tout semble concourir à une fragilisation plus profonde de ces protocoles. Sauf peut-être du côté de la psychanalyse, ou d'une certaine psychanalyse, qui, alors qu'elle connaît des débats internes, ne parvient pas à désolidariser les transidentités d'une plume pathologisante.

### ***1.2.3 La psychanalyse française face au « transsexualisme » : la place d'une « théologie pratique »***

La controverse entre Chiland et Sironi nous rappelle le poids de la psychanalyse en France sur cette question. Bien qu'il ait été aujourd'hui évincé des thérapies imposées aux homosexuels comme aux transsexuels, le discours psychanalytique reste un arrière-plan toujours très présent dans les représentations qui mettent au-devant de la scène le genre comme le sexe. La psychanalyse est, avec la psychiatrie, la cible des critiques Trans. Une lecture plus précise de ce que dit la psychanalyse contemporaine sur la question Trans permet de montrer un nouvel espace de résistance, moins statique qu'il n'y paraît, mais qui participe au maintien du « transsexualisme » en France, tout du moins des identités Trans du côté de la pathologie ou de l'anormalité.

Natascha Taurisson, militante à l'ASB<sup>232</sup>, donnait en 2005 une interview à la revue Cités<sup>233</sup>. Elle revient sur la place de la psychanalyse dans les parcours Trans :

CITÉS. — *Pourquoi incomberait-il au corps de ne pas être en adéquation avec le reste et non pas à la tête ?*

N. T. — Tous ces psys qui voudraient arriver à nous changer la tête parce que, pour eux, c'est elle qui ne va pas contrairement au corps, selon leur théorie, nous causent beaucoup de préjudices. Pendant des décennies, ils ont tout essayé.

Mais ils ne sont jamais arrivés à changer quoi que ce soit. Parce qu'évidemment il n'y a rien qui peut changer au niveau de la tête. Et puis qu'est-ce que signifie « changer la tête » ? Ce qu'on a dans la tête ? La certitude d'être une femme ? Ce qu'on nous demande, c'est d'être un homme si le corps qu'on a est le corps d'un homme, et d'être une femme si le corps qu'on a c'est le corps d'une femme. Mais comment cela serait-il possible ?

Les critiques émises à l'encontre des œuvres de Pierre Henri Castel, Colette Chiland ou Patricia Mercader sont la preuve, non seulement que les Trans deviennent experts et mobilisent des savoirs académiques, mais surtout d'une tension persistante entre le discours psychanalytique et les Trans. Le 16 octobre 2009 avaient lieu à l'université Montpellier 1 les « assises du corps transformé » intitulées « regards croisés sur le genre »<sup>234</sup>. Colette Chiland, psychiatre et psychanalyste connue pour ces positions hostiles au changement de sexe, est invitée le deuxième jour de ces assises pour une communication intitulée « Bilan de 25 ans de travail avec les transsexuels »<sup>235</sup>. À peine annoncée, une contre journée d'étude intitulée « Assises des corps autogérés » était organisée par l'association Pink Freak'X<sup>236</sup>, un « collectif de militantEs TransGouinePédés montpellierains ». Le communiqué de l'association<sup>237</sup> est clair : titré « Faux experts / Vrais menteurs » il y est écrit :

<sup>232</sup> Association du Syndrome de Benjamin

<sup>233</sup> TAURISSON Natacha « Transsexualisme, corps et changement d'identité », *Cités*, 2005/1 n° 21, p. 103-112.

<sup>234</sup> MATEU Jacques (dir.) « Les assises du corps transformé », éditions « Les études Hospitalières », 2010.

<sup>235</sup> On notera la formulation « avec » les transsexuels, et nous la mettrons en lien avec les condamnations de nombreuses associations et patients quant au travail et aux écrits de C. Chiland.

<sup>236</sup> <http://pinkfreakx.e-monsite.com/>

<sup>237</sup> Disponible sur : <http://leblogducors.canalblog.com/archives/2009/10/03/15291343.html>

*« Nous nous interrogeons (...) sur les intervenants et sur l'objectivité des exposés proposés (...) Nous nous élevons contre la formulation des sujets suivants : « Fondamentaux juridiques faces aux désordres sexuels. ». Le mot « désordre » renvoie à la pathologisation des personnes intersexuées. (...) Mesdames et Messieurs les universitaires, le jour où vous cesserez de nous considérer comme des malades, et que vous ne déciderez plus à notre place, nous commencerons sans doute à vous écouter !!! (...) »*

Ils citent pour preuve un extrait d'un livre de Colette Chiland :

*« J'ai compris que je m'étais laissée piéger par son aspect déconcertant, effrayant, non pas parce qu'il aurait été une caricature de femme, un travelo sans talent : il n'était rien, ni homme ni femme ; il attirait l'attention en se présentant comme un repoussoir à la relation »<sup>238</sup>*

Harry Benjamin écrivait en 1958 que la psychanalyse était une « perte de temps » face aux demandes de changement de sexe. Il persiste cependant toujours un discours psychanalytique sur la question. Face aux critiques, différentes stratégies psychanalytiques ont été mises en place. Le déni des critiques d'une part et l'adaptation de l'offre conceptuelle d'autre part, dans des accouplements parfois étonnants entre la psychanalyse lacanienne et la théorie queer notamment. La question Trans n'est pas la seule à avoir permis de critiquer la psychanalyse. Didier Eribon, dans « *Échapper à la psychanalyse* »<sup>239</sup> écrivait :

*« Les pratiques et les expériences vécues se déploient, à l'évidence, en dehors de ce que la psychanalyse pense et peut penser, malgré sa volonté totalisante et totalitaire. Elle s'acharne pourtant à les prendre dans ses filets, dont les mailles sont tissées et inlassablement retissées, comme on le voit aujourd'hui dans le débat concernant les droits des couples de même sexe, l'homoparentalité ou les revendications du mouvement transgenre, sur le métier d'une machinerie idéologique hétéronormative (...) dont les rouages notionnels, hérissés de mécanismes à majuscules*

---

<sup>238</sup> CHILAND Colette, extrait de « *Le Transsexualisme* », Que Sais-Je n°3671, PUF, 2003

<sup>239</sup> ERIBON Didier, *Echapper à la psychanalyse*, Léo Sheer, 2005. Dans une note de bas de page, page 15, Didier Eribon rappelle la formulation de Pierre Bourdieu concernant la psychanalyse : « On peut se demander si le psychanalyste ne puise pas sans le savoir dans les régions impensées de son inconscient les instruments de pensées qu'il emploie pour penser l'inconscient ». BOURDIEU Pierre, « La domination masculine », *actes de la recherches en sciences sociales* n°84, pp : 26-31, 1990.



*–Phallus, Castration, Loi du Père, Fonction Symbolique, Ordre signifiant, Narcissisme (...) , s’articulent à la structure œdipienne pour organiser une cosmologie de la différence des sexes et de la hiérarchie des sexualités, où chaque aspect de la construction mythico-idéologique soutient tous les autres, en leur conférant une apparence de nécessité inéluctable et de vérité irrécusable. Dès Lors qu’Œdipe règne, et avec lui la « différence des sexes », l’ordre du monde semblent fondamentalement et « naturellement » hétérosexuel »<sup>240</sup>*

Déjà à l’époque du PACS, la psychanalyse s’était confrontée aux réactions militantes homosexuelles. Il y avait un « malaise dans la psychanalyse » écrit Éric Fassin<sup>241</sup>. Au nom de la « différence de sexes » le PACS venait mettre « la famille en désordre »<sup>242</sup>. Et comme pour la question Trans aujourd’hui, deux positions sont apparues : le déni des critiques et l’adaptation face à ces critiques. On retrouve ces deux figures dans le numéro 60 de « La cause freudienne » intitulée « *Les nouvelles utopies de la famille* »<sup>243</sup> dans lequel Irène Théry<sup>244</sup> appuie son opposition au mariage homosexuel face à Marcela Iacub qui observe une famille « réinventée »<sup>245</sup>. Une troisième voie apparaît, très ambivalente, qui oscille entre dénonciation de l’homophobie et conservation des principes psychanalytiques, notamment lacaniens. On citera entre autres la posture d’équilibriste d’Elisabeth Roudinesco qui, en même temps qu’elle apporte sa sympathie au mouvement homosexuel, écrit qu’avoir retiré l’homosexualité de la liste des maladies mentales est « *l’un des plus grands scandales de l’histoire de la psychiatrie* »<sup>246</sup> et, à propos de Lacan : « *j’ajouterai que Lacan lui-même ne condamne pas les homophobes* »<sup>247</sup>. Ou bien la posture de Sylviane Agacinski qui, dans « La politique des sexes »<sup>248</sup>, sublime Mishima<sup>249</sup> et dénonce le « désordre des familles ».

---

<sup>240</sup> p.18

<sup>241</sup> FASSIN Eric, *L’inversion de la question homosexuelle*, Amsterdam, 2005, p.168.

<sup>242</sup> ROUDINESCO Elisabeth, *La famille en désordre*, Fayard 2002.

<sup>243</sup> La cause Freudienne, « les nouvelles utopies de la famille », n°60, ECF, 2005

<sup>244</sup> THERY Irene, « Différence des sexes, homosexualité et filiation », *La cause Freudienne*, n°60, ECF, 2005

<sup>245</sup> IACUB Marcela, « La famille réinventée », *La cause Freudienne*, n°60, ECF, 2005

<sup>246</sup> Citée dans : « l’inversion de la question homosexuelle » d’Eric Fassin, p.180

<sup>247</sup> Citée dans : « l’inversion de la question homosexuelle » d’Eric Fassin, p.179

<sup>248</sup> AGACINSKI Sylviane, *la politique des sexes*, Seuil, 1998

<sup>249</sup> En 1965 Yukio Mishima, dans « Madame de Sade » (Gallimard, NRF, 2001), relate l’agencement des normes, des obligations familiales et morales (sous les traits de Madame de Montreuil et de Madame de Simiane), avec l’irruption de pratiques jugées immorales ou déviantes (sous les traits absents mais sans cesse évoqués du Marquis de Sade). Il écrit : « *Le monde est plein de gens qui méprisent ce qu’ils ne peuvent imaginer* ».

On se demande quel militant Trans s'accommoderait d'un intellectuel transphobe et quelle militante féministe se satisferait d'un intellectuel défendant les violences faites aux femmes. Indubitablement, l'homosexualité a su questionner les cadres théoriques et cliniques de la psychanalyse comme jadis la folie le fit avec la psychologie. « *Jamais la psychologie ne pourra dire sur la folie la vérité, puisque c'est la folie qui détient la vérité de la psychologie* » écrivait Michel Foucault dans « *Maladie mentale et psychologie* »<sup>250</sup>.

Les textes actuels ont donc une teneur explicitement provocatrice et leur réception les signe comme maltraitants (« *La solution militante est que les mesures prises pour les minorités deviennent la loi générale. [...] songeons aux nazis qui ont réussi à faire adhérer presque tout un peuple à l'idéologie raciste* »<sup>251</sup>). Quant aux textes fondateurs, ils sont eux aussi problématiques. Concernant l'homosexualité, Didier Eribon écrit que « l'Oedipe est l'opérateur de la reproduction de la normalité »<sup>252</sup>. Il cite le séminaire IV de Jacques Lacan : « *Il ne suffit donc pas que le sujet après l'Œdipe aboutisse à l'hétérosexualité, il faut que le sujet, fille ou garçon, y aboutisse d'une façon telle, qu'il se situe correctement par rapport à la fonction du père* »<sup>253</sup>. Didier Eribon conclut :

« *Il faut donc non seulement être hétérosexuel, mais l'être dans les règles. On ne saurait être plus clair (et j'espère qu'on ne va pas encore une fois m'objecter, comme cela semble être devenu une habitude chez les disciples de Lacan [...]) que ce n'est pas ce qu'il a dit puisqu'il est évident que c'est cela qu'il dit, et de surcroît, que c'est bien cela qu'il dit qu'il dit, et qu'il veut dire* »<sup>254</sup>.

Les peurs de Didier Eribon ne sont pas infondées. Sur la notion de « différence des sexes » la psychanalyse semble « *préserver un ensemble de présupposés sur les fondements de l'identité qui profitent à ces hiérarchies* »<sup>255</sup>. Selon certains psychanalystes, cela se fait à son insu : les théories, notamment lacaniennes, étant mal lues, ou bien encore les concepts mal manipulés : « *c'est de la jouissance des signifiants dont il faut se débarrasser, pas du sexe* »<sup>256</sup>.

---

<sup>250</sup> FOUCAULT Michel, *Maladie mentale et psychologie*, PUF 1962.

<sup>251</sup> CHILAND Colette, « les mots et les réalités », *l'information psychiatrique*, volume 87, numéro 4, avril 2011.

<sup>252</sup> pp : 22-24

<sup>253</sup> La relation d'objet, 1994, p.201

<sup>254</sup> p.22

<sup>255</sup> BUTLER Judith, *Trouble dans le genre*, la découverte, op. cit. p.55.

<sup>256</sup> JEJCIC Marie, « Pour introduire à la lecture de trouble dans le genre de Judith Butler », in « *Sex and Gender* », Le Bulletin Lacanien n°4, édition de l'association lacanienne internationale. 2008, p.32.

Pourtant, à la lecture des textes initiaux, un doute s'installe. On saisit difficilement la récurrence des propos violents à l'encontre du « transsexualisme ». « *Vous faire opérer, c'est quoi? C'est essentiellement vous faire couper la queue* » dit Jacques Lacan à Michel H, dans un entretien retranscrit en 1996<sup>257</sup>. La transidentité ne laisse donc pas intacte la psychanalyse, et avec elle le concept même de « différence des sexes », et l'on voit aujourd'hui les formes d'opposition qu'elle suscite :

« *Grâce aux " artifices chirurgicaux " et à l'absorption de drogues et d'hormones, le transsexuel devient un transsexuel vrai et amnésique de son sexe d'origine.* »<sup>258</sup> ; « *Le choix du sexe est, nous le savons, de l'ordre du rêve. Que le transsexuel vienne, dans le réel, nous en faire miroiter la possibilité a de quoi provoquer l'angoisse.* »<sup>259</sup> ; « *L'identité sexuelle concerne la différence des sexes dans sa réalité anatomique* »<sup>260</sup>. « *Cette valse des étiquettes exprime la déroute de notre esprit* »<sup>261</sup> ; « *Cette différenciation empêche de reconnaître l'unité de la personne humaine.* »<sup>262</sup>

« *Le phallus en ce siècle devient doctrinaire* » écrit Henri Michaux dans son poème « Face aux verrous »<sup>263</sup>. Il rejoint en ce sens Félix Guattari dans une production de « micropolitiques »<sup>264</sup> de déconstruction des cadres : « *Nous entrons dans le temps où les minoritaires du monde commencent à s'organiser contre les pouvoirs qui les dominent et contre toutes les orthodoxies.* »

Nous pourrions faire l'hypothèse, comme Gayle Rubin l'avait proposé sur la sexualité, que si la psychanalyse a souvent maltraité les « Trans », elle a souvent du, aussi, maltraiter les « Cis ». C'est de ce constat que partent certains textes psychanalytiques soulignant qu'une bonne thérapie se doit de ne pas être maltraitante. C'est aussi de ce point de vue, en lien direct avec les évolutions sociodémographiques de la famille, que certains psychanalystes tentent de proposer de nouvelles pistes conceptuelles.

---

<sup>257</sup> LACAN Jacques, entretien avec Michel H, *Le Discours Psychanalytique* : « Sur l'identité sexuelle : à propos du transsexualisme », Éd. de l'Association freudienne, Paris, 1996, pp. 312-350.

<sup>258</sup> Le transsexuel dans tous ses états : le fabuleux jeu de mot du substitut Fabre. Auteur : Jean Périn ALI 96

<sup>259</sup> BORNSTEIN Serge, « Remarques sur le transsexualisme », *Journal français de Psychiatrie*, n° 5, 1997

<sup>260</sup> GODEFROY Hélène, « Changer de sexe : quand la demande se perd », *Clinique lacanienne*, n°13, 2008 p. 85

<sup>261</sup> HERVE Jane et LAGIER Jeanne, *Les Transsexuel(les)*, Paris, Bertoin, 1992, p. 71.

<sup>262</sup> BUREAU Jules, « Des Transgenders ? Une nouvelle étiquette pour une vieille réalité : la misère d'être un homme », in *Revue Sexologique*, Vol2 n°2, 1994.

<sup>263</sup> MICHAUX Henri, « Mouvements », *face aux verrous*, poésies/Gallimard, 1992.

<sup>264</sup> GUATTARI Félix, *Mille plateaux*, Ed. de minuit, 1980

C'est le cas par exemple de Sabine Prokhoris qui analysait dans « Le sexe prescrit » la manière dont la psychanalyse pouvait être la gardienne d'une « loi symbolique » qui, en même temps qu'elle prescrit un sexe, un « vrai sexe » pour reprendre l'expression de Michel Foucault, proscrit l'accès à l'autre sexe. Béatrice Préciado fait le même constat dans « Testo-junkie »<sup>265</sup> lorsqu'elle lit sur la notice du testo-gel: « *attention le testo gel ne doit pas être utilisé par des femmes* ». On pourrait de la même manière souligner les travaux de Geneviève Delaisi qui, dans « La part du père »<sup>266</sup>, établit de nouvelles figures du père, en déprise avec le *père* lacanien étant donné sa multiplication en formes, mais surtout en fonctions, donnant ainsi une primauté non plus au « père » comme élément central de la fabrique psychanalytique de l'individu, mais à celle de « parents ». Selon l'expression de Marie Joseph Bertini : « *Les sociétés contemporaines sont celles qui n'ont plus besoin du père (ni de la mère conçue comme son opposé-complémentaire), mais qui nécessitent des parents* »<sup>267</sup>.

Mais la critique adressée à la psychanalyse va au-delà d'une maltraitance iatrogène : elle pose la question de la nécessité et de la centralité de la psychanalyse aujourd'hui sur la question Trans. Les écrits de Térésa de Lauretis<sup>268</sup> ou de Béatrice Préciado<sup>269</sup> le soulignent. Remettre en cause la psychanalyse dans l'appréhension de la « différence des sexes » c'est entrer en conflit avec ce que Marie Joseph Bertini nomme « une théologie pratique »<sup>270</sup>. Selon elle, la psychanalyse est un dogme, un arbitraire du symbolique, qui revendique « *à dire le vrai tout en affirmant dans le même mouvement que la vérité dont elle parle n'est pas d'ordre logique, mais symbolique* ».

On retrouve ici la suspicion soulevée par Karl Popper sur la « falsifiabilité » des théories : « infalsifiables de fait », note Marie Joseph Bertini, les théories psychanalytiques buttent sur l'imposition d'un Œdipe ou d'un ordre symbolique dont certaines vies exposent l'imposture. C'est aussi en ces termes que Monique Wittig critique la psychanalyse : « *Pour moi il n'y a aucun doute que Lacan ait trouvé dans « l'inconscient » les structures qu'il dit y avoir trouvées puisqu'il les y avait mises auparavant* »<sup>271</sup>.

<sup>265</sup> PRECIADO Béatriz, *Testo Junkie*, Grasset, 2008, p.54.

<sup>266</sup> DELAISI Geneviève, *La part du père*, Seuil, 2004

<sup>267</sup> BERTINI Marie Joseph, *Ni d'Eve ni D'Adam*, Max Milo, 2009, p.177.

<sup>268</sup> LAURETIS Teresa (de). *Théorie queer et cultures populaires*, La dispute, le genre du monde, 2007

<sup>269</sup> PRECIADO Béatriz, *Testo Junkie*, Grasset, 2008,

<sup>270</sup> BERTINI Marie Joseph, op. cit., p.161

<sup>271</sup> WITTIG Monique, *La pensée straight*, Balland, 2001, p.68.

Spécialiste des médias, Marie Joseph Bertini note qu'il est « *inquiétant de constater à quel point ces dernières années les positions de la plupart des psychanalystes sollicités par les médias se sont durcies à la faveur des mutations des formes de sociabilité* »<sup>272</sup>. La psychanalyse est malade d'elle-même écrit-elle : d'une part car elle peine à dire le changement face à une opinion publique plus inclinée à l'adaptation (l'exemple de l'homosexualité est le plus récent de ce point de vue) et d'autre part, car sa prétention au dévoilement de la vérité cachée (sous couvert d'une thérapie active menée par l'individu) masque son approche toujours surplombante et englobante des événements. Marie Joseph Bertini souligne alors ce paradoxe : si l'on peut entendre que la psychanalyse, labyrinthe de concepts dont les créateurs « *ne possèdent pas la carte* », permet de dire « sa » vérité plutôt que « la » vérité, pourquoi mettre tant de freins face aux vérités du sujet, si ce n'est parce que la psychanalyse garde en elle la prétention du dévoilement et de l'ordre ? En ce sens, la différence des sexes maintenue par la psychanalyse est une technologie de pouvoir à travers les corps qui s'en saisissent pour y croire ou pour s'y opposer. Si la différence des sexes n'est plus une nécessité mais une contingence, elle ne permet plus de dire le réel ni même le symbolique de façon surplombante et universelle.

Mais les critiques adressées à la psychanalyse sont resignifiées par la psychanalyse elle-même sous la forme de couples étonnants. Didier Eribon note sur ce point que « *la pensée radicale se tourne à nouveau vers la psychanalyse* »<sup>273</sup>. En effet, quelques analystes critiques de la psychanalyse lacanienne orthodoxe relisent les textes à l'aune de la théorie queer. Léo Bersani et Javier Saez promettent tous deux une mise en lien des critiques émises de la scène queer avec les textes lacaniens.

Dans son « Freud/Foucault, allers-retours », Léo Bersani écrit :

*« Foucault peut nous aider à voir, malgré lui, que la psychanalyse, dont il estimait certainement, comme le font aujourd'hui la plupart des théoriciens queer, qu'elle travaillait à un renforcement massif des vieux modes relationnels, pourrait bien en fait avoir, malgré elle, défriché le terrain pour de « nouveaux modes de relation »*<sup>274</sup>

---

<sup>272</sup> Idib, p.163

<sup>273</sup> ERIBON Didier, op. cit.

<sup>274</sup> BERSANI Léo, « Freud/Foucault, allers-retours », *Vacarme* 29, 2004

Selon lui, « *la suffisance queer* » revient à penser que l'inconscient n'est jamais interrelationnel mais une imposition (hétéro)normative et donc qu'il ne s'y exerce pas des rapports de pouvoir, c'est à dire aussi de résistances, comme l'énoncerait Foucault. Pour Bersani, c'est entre Freud et Foucault que se situe la posture la plus à même de décrire le sexe et la sexualité, de manière éthique et esthétique, mais jamais complètement en dehors des normativités<sup>275</sup>, c'est-à-dire en réalité chez Lacan qui a déjà « *relevé le défi* » de l'inconscient selon Bersani. Ce dernier n'est pas le seul à situer une position intermédiaire à la théorie queer et au lacanisme, des « similitudes »<sup>276</sup> entre Foucault, la théorie queer et Lacan. Javier Saez dans « *Théorie queer et psychanalyse* »<sup>277</sup> part de l'énoncé lacanien selon lequel « *quand on aime il ne s'agit pas de sexe* »<sup>278</sup>. Selon Saez, les critiques queer du phallus lacanien, qui « *laisse des traces* » de la « *domination masculine* » et de la « *division des sexes* » chez Rubin<sup>279</sup> et qui « *renvoie à la nature* » comme « *condition du symbolique* » niant une nouvelle fois la femme chez Laurétis<sup>280</sup>, sont contenues dans les nuances lacaniennes dont Saez parsème son livre.

Seulement, il n'est pas certain que la critique queero-lacanienne de la critique *queer* ne soit pas elle aussi critiquable d'un point de vue *queer*. D'une part, car elle assure aux textes originels une dimension presque sacrée qui suggérerait que les analystes lecteurs de Lacan et accusés de transphobies aient mal lu Lacan. Mais surtout, en défense de la catéchèse lacanienne, certains propos de la plume même de Lacan réarment les réticences de militants Trans qui lisent en Lacan un fervent opposant aux opérations de réassignation. Dans « *La relation d'objet* » Lacan écrit : « *Prenons par exemple le transvestisme [...] Même quand l'objet réel est là, il faut qu'il soit toujours possible qu'on pense qu'il est là précisément où il n'est pas* »<sup>281</sup>, jetant un doute sur la légitimité des demandes de transitions.

<sup>275</sup> BERSANI Léo, *Sexthétique*, EPEL, 2011.

<sup>276</sup> DEAN Tim, Lacan et la théorie queer, Cliniques méditerranéennes, n°74, 2006, pp : 61-78 ; Comme Saez, Dean évoque la critique de la normativité (et surtout de l'hétéronormativité) chez Foucault et Lacan.

<sup>277</sup> SAEZ Javier, « *théorie queer e psychanalyse* », Epel, 2008

<sup>278</sup> LACAN Jacques, *Encore*, Seuil, 1975, p.27.

<sup>279</sup> RUBIN Gayle, « *L'économie politique du sexe : transaction sur les femmes et système de sexe/genre* » (trad. Nicole-Claude Mathieu), Cahiers du CEDREF, 1998, pp : 17-18

<sup>280</sup> LAURETIS Teresa, *The practice of love : lesbian sexuality and perverse desire*, Indiana UP, 1994 (chapitre 6, p.257)

<sup>281</sup> LACAN Jacques, *La relation d'objet*, Seuil, 1994, p.194.

Critiquées, les théories psychanalytiques se repositionnent, se reformulent et parfois même, dans un mouvement qui signe l'origine du terme *queer*, utilisent les armes qui s'érigent contre elles. Si la psychanalyse n'est pas unique, ni même figée, elle n'en demeure pas moins le lieu d'émission d'écrits qui, du point de vue de l'acteur, sont perçus comme blessants. Cette analyse reste cependant typiquement française. La place de la psychanalyse dans les écrits et la clinique du « transsexualisme » ne me semble pas aussi importante dans d'autres pays. Si la psychanalyse devient un nouveau terrain d'affrontement c'est que la question Trans promet une révolution copernicienne des savoirs sur le sexe, le genre ou la filiation, changements que la psychanalyse *accompagne* avec méfiance.

### **3° DU TRANSEXUALISME A LA DYSPHORIE DE GENRE : l'incertitude des catégories psychiatriques**

Dés l'instant où les protocoles de soins sont mis en place, ils sont débordés. À la fois par la demande le nombre de personnes Trans qui voient dans l'opération une manière plus aboutie de vivre leur transidentité et par les critiques de ces mêmes personnes qui voient dans ces protocoles de nouvelles contraintes. Du point de vue des catégories psychiatriques, nous sommes passés d'un « transsexualisme » fort, aux implications endocriniennes et psychanalytiques puissantes, à des « troubles de l'identité de genre » aux contours définitionnels plus flous. Récemment, nous assistons à des propositions de réinterprétation en termes de « non congruence de genre » de la part de l'APA. Nous sommes donc face à deux phénomènes. Le premier souligne la nécessité de réactualisation des catégories psychiatriques et insiste sur leur aspect « contingent ». Le second, laisse apparaître que les catégories psychiatriques ne sont plus à même de définir clairement de que sont les expressions transidentitaires. En effet, aucun cadre théorique et clinique psychiatrique ne parvient à accompagner l'expression de plus en plus multiple des transidentités. Et ceci contrairement aux THC<sup>282</sup> qui semblent plus appropriés aux demandes des personnes Trans comme l'illustre l'intervention de Tom Reucher dans le film « L'ordre des mots »<sup>283</sup> :

*« Ca fait cinquante ans qu'ils n'ont pas réussi à guérir le moindre trans', ça fait cinquante ans qu'ils n'ont pas apporté la moindre preuve de leurs théories, par contre ça fait cinquante ans que des gens se font opérer et s'en trouvent mieux »*

On trouve les mêmes répliques dans le film « Transamérique »<sup>284</sup> :

*« Ne trouvez-vous pas étrange docteur que la chirurgie plastique arrive à guérir les troubles mentaux ? ». Les psychiatres eux-mêmes ne le nient pas : les Trans « ne renonceront pas devant les obstacles et trouveront toujours un chirurgien complaisant pour réaliser leur projet »<sup>285</sup>*

---

<sup>282</sup> Traitement Hormonaux Chirurgicaux.

<sup>283</sup> ARRA Cynthia et Melissa : « l'ordre des mots », 2007.

<sup>284</sup> DUNCAN Tucker : « Transamérique », 2006.

<sup>285</sup> -

expérience américaine. » *Ann Med Psychol*;138:472-80. 1980



Et, de fait, les protocoles et les catégories sont fuis ou critiqués, de telle sorte que ce qui était un élément de tri entre les « vrais » et les « faux » transsexuels finit par être trié, par les acteurs eux-mêmes, du côté des facteurs pathologisant de leurs identités. Mais alors, comment faire pour que le transsexualisme, qui a besoin de transsexuels pour perdurer, survive à cette transformation de la demande. Nous verrons qu'à cela les psychiatres tentent lentement de formuler de nouvelles catégories, aux injonctions toujours plus « faibles ». Au total, c'est à l'intérieur même de la psychiatrie que le « transsexualisme » devient un élément mis en controverse.

### ***1.3.1 Du « transsexualisme » à « la dysphorie de genre », en passant par « troubles de l'identité de genre »***

Notons qu'avant le terme de « transsexualisme », seul le travestissement était repris dans les classifications psychiatriques (dans le DSM I comme dans le DSM II). Dans la révision du DSM III (DSM III-R, 1987) l'APA modifie le terme en « travestissement fétichiste ». L'invention de « transsexualisme » au milieu du vingtième siècle fait apparaître le terme dans les classifications internationales et ce indépendamment du travestissement. Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual) inclut en 1980 le concept de « transsexualisme » dans une nouvelle catégorie intitulée : « troubles psychosexuels ». Dans cette catégorie se trouvent les « troubles de l'identité sexuelle » lesquels renvoient au transsexualisme. Les critères diagnostics reprennent à leur compte les bases définitionnelles de Benjamin : « *le transsexuel n'est ni schizophrène, ni fétichiste, ni homosexuel* » où l'individu a le « *sentiment général d'être semblable à un sujet de l'autre sexe* ». Plus contemporain, il reprend aussi les conclusions de Stoller, en incluant dans les cadres du diagnostic le dépistage d'éléments psycho-environnementaux susceptibles de délimiter un « vrai » transsexualisme et donc d'exclure les demandes qui prendraient la forme du transsexualisme sans être du transsexualisme. On ne trouve plus de trace des « troubles psychosexuels » dans la révision du DSM III qui a lieu en 1987. Seule apparaît alors la catégorie vague de « troubles sexuels » qui ne laisse une place au transsexualisme que dans une sous catégorie nommée « trouble de l'identité sexuelle ». Cette nouvelle classification (quelque peu étonnante au vu de l'entrée du transsexualisme peu de temps avant) recentre néanmoins la définition, qui reste inchangée, autour de la « transsexualité ».

Après l'ouverture de *gender clinics* et sous l'apparition du terme de « dysphorie de genre » initié par Fisk, les appellations médicales évoluent et la prise en compte des demandes de changements de sexe déborde du cadre restreint de la labellisation « transsexuelle ».

L'actuel DSM (DSM IV TR) est en révision. Sur le site de l'APA, les réécritures du DSM (futur DSM V) sont proposées. Comparons alors le DSM IV TR et le futur DSM V tel qu'il apparaît sur le site de l'Association Américaine de Psychiatrie :

#### **DSM IV-TR (code 302.6 et 302.85)**

- Identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concernant pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe)
- Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante
- L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite
- L'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Dans cette version :

- 1- La permanence du changement (et donc du désir de changement) doit être avérée
- 2- La binarité est la règle (l'autre sexe, ayant plus ou moins de « bénéfices culturels »)
- 3- Le changement ne peut être ludique : il est issu d'une souffrance et d'un inconfort
- 4- Cette souffrance est une des conditions cliniques à l'obtention d'une opération remboursée
- 5- Le genre est abandonné au profit du sexe

### ***1.3.2 Des effets stigmatisants des classifications***

En 2009, une nouvelle version est donc proposée pour la réécriture du DSM IV. Sous l'intitulé de « non congruence de genre », le changement est réel et il provoque de nombreuses réactions médicales et associatives. Pourtant, en mai 2010, le nom de « gender incongruence » est de nouveau changé pour « dysphorie de genre ». La nouveauté ne porte pas seulement sur l'intitulé des catégories, mais sur une discussion plus profonde concernant les effets de ces catégories sur les vies des personnes concernées.

## Dysphorie de genre<sup>286</sup>

A - Une non concordance de genre marquée entre le genre assigné et les expériences de genre vécues d'au moins 6 mois et qui se manifeste par au moins deux des indicateurs suivants :

- Une non concordance de genre marquée entre les expériences de genre vécues et les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires.
- Un désir fort de se débarrasser des caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires d'un des deux sexes du fait d'une non concordance marquée entre l'expérience de genre vécue et le genre assigné.
- Une attirance forte pour les caractéristiques de l'autre sexe.
- Un désir fort d'appartenir à l'autre sexe ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné
- Une volonté forte d'être reconnu comme appartenant à l'autre sexe ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné
- La conviction d'avoir des réactions et des sentiments appartenant à l'autre genre ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné

On voit très nettement une différence :

- 1- On y parle de genre (que l'on distingue pour la première fois en genre assigné et en expériences de genre vécues)
- 2- Contrairement à la précédente définition, tous les facteurs qui sont déclinés ne fonctionnent pas de manière concomitante
- 3- On différencie les caractères sexuelles primaires et secondaires (on amorce ainsi une dégenitalisation du sexe)
- 4- Plus étonnant, le DSM esquisse une première reconnaissance des « genres alternatifs », preuve des adaptations des catégories ainsi que de leur aspect historiquement situé.

---

<sup>286</sup> Traduction effectuée à partir du site de l'APA disponible sur : [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)

En France, ce changement va de pair avec l'annonce du ministère de santé, datée du samedi 16 mai 2009<sup>287</sup>, selon laquelle « *la transsexualité ne sera plus considérée comme une affection psychiatrique en France* », annonce dont le décret d'application interviendra quelques mois après, le 10 février 2010<sup>288</sup>. À cette occasion, la ministre de la Santé, Madame Roselyne Bachelot-Narquin, par le biais de son ministère, diffuse un communiqué :

*« A l'occasion de la journée internationale contre l'homophobie, dont l'axe central cette année est la transphobie, Roselyne Bachelot-Narquin a annoncé avoir saisi la Haute Autorité de Santé afin de publier un décret pour sortir la transsexualité de la catégorie des affections psychiatriques de longue durée. Cette classification au titre d'affection psychiatrique de longue durée (ALD 23) est vécue par les transsexuels de manière très stigmatisante en ce qu'elle introduit une confusion entre trouble de l'identité de genre et affection psychiatrique. »*

*« Cette déclassification n'induit pas une absence de recours à la médecine, de renonciation au diagnostic médical des troubles de l'identité de genre ou d'abandon du parcours de prise en charge. »*

Les médias se saisissent immédiatement de l'information et le monde associatif se divise sur cette annonce. Pour les uns il ne s'agit que d'un symbole. Cependant ce symbole comporte un risque majeur : celui de faire croire à une dépsychiatisation totale, rendant problématique toutes les demandes relatives à une réelle dépsychiatisation du parcours de changement de sexe et de changement de genre<sup>289</sup>. Pour les autres, même administrative, cette dépsychiatisation (qui est donc une déclassification plus qu'une dépsychiatisation) reste un signal fort. Vécu comme une stigmatisation, l'abandon de l'étiquette psychiatrique est donc applaudi par une partie des associations. Aussi, face à cette annonce, une partie du monde associatif Trans suggèrera le risque que les psychiatres, dépossédés de leurs outils, puissent abandonner les équipes officialisées en arguant : « si la transsexualité n'est plus une affaire psychiatrique, moi, psychiatre, que fais-je encore ici ? ».

---

<sup>287</sup> Suite à la déclaration du Ministère de la santé par la voix de Roselyne Bachelot, la presse écrite comme télévisuelle va reprendre la notion de « dépsychiatisation » de la transsexualité.

Lire à ce propos : <http://www.sante-sports.gouv.fr/signal-fort-a-l-egard-des-transsexuels.html>

<sup>288</sup> JORF n ° 0034 du 10 février 2010 page 2398 texte n ° 32 DECRET Décret n ° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée ».

<sup>289</sup> En effet, cette annonce de « dépsychiatisation » est purement administrative : elle fait passer les remboursements liés à l'opération d'une ALD (affection longue durée) « psychiatrique » à une ALD « hors liste ». Mais cette dépsychiatisation ne se répercute pas en dépsychiatisation « de fait ».

Il faudra attendre, le 10 février 2010 pour que le décret soit rendu public et pour que l'annonce de « dépsychiatisation » se concrétise. Rappelons le, il s'agit ici d'une déclassification administrative faisant passer les remboursements relatifs au diagnostic transsexuel d'une ALD (Affection Longue Durée) classifiée « Affections psychiatriques de longue durée » à une ALD classifiée « hors liste ». La réception par la psychiatrie française de cette déclassification de ce changement de nomination dans le DSM est assez hostile. Marc Louis Bourgeois, dans une journée d'étude sur la transidentité dira : « *Nous sommes bien là dans le registre des difficultés psychiques et sociales qui relèvent jusqu'à ce jour de la psychopathologie et de la psychiatrie. Quoiqu'en disent la HAS, le Ministère de la Santé, les politiciens et certains spécialistes des « Sciences Humaines » [...] Pourquoi inviter les psychiatres, puisqu'on veut dépsychiatriser le problème, ce qui nous conviendrait parfaitement ?* »<sup>290</sup>

La même année, lors d'une journée d'étude sur la « dépsychiatisation » des transidentités à Paris, Colette Chiland prononcera ces mots : « *Nous pouvons chercher des termes nouveaux. Tout terme, quel qu'il soit, devient stigmatisant, lorsqu'il connote « une réalité » qui pose problème. Le DSM-V propose « gender incongruence ». est-il préférable d'être « incongru » plutôt que « troublé »? La World Association for mental Health (WPATH) insiste sur la « dysphorie de genre », la souffrance* »<sup>291</sup>

En mars 2011, à l'université Bordeaux 2<sup>292</sup>, Mireille Bonierbale<sup>293</sup> s'exprimera en ces termes : « *Changer les mots, ça peut avoir une valeur symbolique, mais ne va pas stopper le processus de stigmatisation... Si processus de stigmatisation il y a. [...] Alors on pense que ça va changer quelque chose de passer du terme de dysphorie à celui de congruence ou d'incongruence. Est-ce que c'est une mesure prématurée ou est-ce que c'est une mesure démagogique vis-à-vis d'une présumée stigmatisation du mot « trouble » ?* »

---

<sup>290</sup> BOURGEOIS Marc Louis, « Le spectre des dysphories de genre », *La transidentité : des changements individuels au débat de société* (dir. Alessandrin A.), L'harmattan, 2011.

<sup>291</sup> CHILAND Colette, « Les mots et les réalités », *L'Information Psychiatrique*, n°87 : 261-267, 2011.

<sup>292</sup> BONIERBALE Mireille, « Le transsexualisme et après : le normal et le pathologique du genre en question », Journée d'étude « Les catégories psychiatriques et leurs effets : les enjeux de la révision du DSM V et de la CIM 11 », Université Victor Segalen, 18 mars 2011.

<sup>293</sup> Mireille Bonierbale est actuellement présidente de la SOFECT (Société Française d'Etude et de prise en Charge du Transsexualisme)

Face à ces réticences psychiatriques, françaises comme internationales, l'APA revient sur la définition proposée de « non congruence de genre ». La définition mise en ligne en mars 2011 insiste donc ne nouveau sur « la souffrance » dans une nouvelle rubrique qui se réintitule « dysphorie de genre ».

Il vient se rajouter à la précédente définition, une précision<sup>294</sup> :

B- La condition est associée à une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres aspects importants du fonctionnement, ou à un risque significativement accru de souffrir, comme la détresse ou d'invalidité\*\*

Sous types

Avec un désordre du développement sexuel

Sans un désordre du développement sexuel

Remarques\*\*

Après la transition : l'individu a transitionné en "full time" dans le genre désiré (avec ou sans une légalisation de son changement) et a fait l'objet (ou est en train) au moins d'un changement de sexe sous hormonothérapie ou d'une chirurgie de réassignation confirmant le genre souhaité (penectomie, vaginoplastie, mastectomie, phalloplastie)

Cet ajout n'est pas, à première vue, significatif. Toutefois, à mieux y regarder on remarquera qu'en plus de l'étiquette psychiatrique inchangée par rapport au DSM IV (« dysphorie de genre »), la « souffrance cliniquement significative » revient comme condition du trouble de l'identité de genre. On pourra se demander pourquoi le DSM ne prend pas en compte les effets des catégories psychiatriques sur les vies, notamment leurs pouvoirs discréditants alors que cette question des effets des catégories est mise en avant par les associations. En France par exemple, depuis le GAT notamment, on voit naître des slogans (comme « Psychiatisation = transphobie ») qui mettent en avant la dimension nominale des souffrances. Jack Drescher, dans un parallèle avec la dépsychiatisation de l'homosexualité<sup>295</sup>, présente ainsi la position de l'APA.

<sup>294</sup> Traduction effectuée à partir du site de l'APA disponible sur : [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)

<sup>295</sup> DRESHER Jack, "Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual (DSM)", *Archives of Sexual Behavior*, 39:427-460, 201

*« Étant donné le potentiel de stigmatisation, pourquoi garder le diagnostic? Comme indiqué précédemment, contrairement au cas de l'homosexualité dans les années 1970, l'expansion des droits des trans n'a pas été entièrement obstruée par les diagnostics du DSM, même s'il est également possible que les diagnostics du DSM aient joué (et continuent de jouer) un rôle inhibiteur pour retarder le rythme du changement. Tout en conservant les diagnostics, même avec la modification proposée, on peut sans doute contribuer à perpétuer une stigmatisation [...]. Un tel résultat constituerait un moindre mal pour les trans anatomiquement dysphoriques de la communauté trans par rapport à un refus d'accès aux soins médicaux et chirurgicaux susceptibles de découler d'un retrait du DSM »<sup>296</sup>*

De ce point de vue, il ne s'agit pas de nier les effets stigmatisants des classifications médicales, mais de saisir aussi leur importance quant aux remboursements des opérations dans certains pays, comme la France, qui corrélerent la prise en charge du changement de sexe au diagnostic de « dysphorie ». Mais tant que le DSM ne parvient pas à retirer la transidentité de ces classifications, les expériences Trans resteront dans l'ombre d'un marquage psychiatrique qui peut être vécu comme une disqualification. La dépsychiatisation ayant pour épée de Damoclès un déremboursement, on touche là au cœur du problème. Comment dépsychiatriser sans démedicaliser et dé-rembourser ?

Dans un dossier intitulé « dépsychiatrisez ! » l'Observatoire Des Transidentités<sup>297</sup> tente de répondre à cette question. La solution semble provenir de la CIM (CIM 10), elle aussi en révision, qui porte en elle la promesse d'une médicalisation et d'un remboursement sans implicite psychiatrique. Le passage d'une définition par le DSM à une définition par la CIM pourrait alors accentuer cette déprise de la psychiatrie vis-à-vis du changement de sexe.

Examinons la définition actuelle de la CIM concernant le « transsexualisme » et observons les modifications envisagées.

---

<sup>296</sup> *Ibid.* Traduction p.28-29

<sup>297</sup> <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/>

### **Définition de la CIM-10<sup>298</sup> (Classification internationale des maladies)**

*« Transsexualisme : Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.*

*Directives pour le diagnostic. Pour faire ce diagnostic, l'identité de type transsexuelle doit avoir été présente d'une manière persistante pendant au moins 2ans, ne pas être un symptôme d'un autre trouble mental tel qu'une schizophrénie, et ne pas être associée à une autre anomalie sexuelle génétique ou chromosomique »<sup>299</sup>*

La CIM inclut le transsexualisme et les troubles de l'identité de genre pour la première fois en 1992. On trouve aujourd'hui leur définition dans la rubrique « Troubles mentaux et du comportement » (F00-F99), parmi les « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69). Sous l'intitulé « Troubles de l'identité sexuelle » nous pouvons aussi lire :

### **Troubles de l'identité sexuelle**

#### *F64.1 Travestisme bivalent*

Ce terme désigne le fait de porter des vêtements du sexe opposé pendant une partie de son existence, de façon à se satisfaire de l'expérience d'appartenir au sexe opposé, mais sans désir de changement de sexe plus permanent moyennant une transformation chirurgicale; le changement de vêtements ne s'accompagne d'aucune excitation sexuelle.

Trouble de l'identité sexuelle chez l'adulte ou l'adolescent, type non transsexuel

À l'exclusion de : travestisme fétichiste (F61.5)

<sup>298</sup> CIM 10, Organisation mondiale de la santé, Masson, Paris, 1993.

<sup>299</sup> On retrouve ces classifications sur : <http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/>



#### *F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance*

Trouble se manifestant habituellement pour la première fois dans la première enfance (et toujours bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en faire partie). Les vêtements et les activités propres au sexe opposé et un rejet de son propre sexe sont des préoccupations persistantes. Il faut qu'il existe une perturbation profonde de l'identité sexuelle normale pour porter ce diagnostic; il ne suffit pas qu'une fille soit simplement un "garçon manqué" ou qu'un garçon soit une "fille manquée". Les troubles de l'identité sexuelle chez les individus pubères ou pré-pubères ne doivent pas être classés ici, mais en F66.<sup>300</sup>

À l'exclusion de : orientation sexuelle égodystonique (F66.1)

Du « transsexualisme » aux propositions de « non congruence de genre » il semble que nous assistions à une déprise de la psychiatrie face à sa propre invention. Mais cela pose une somme de questions : pourquoi psychiatriser ? Comment dépsychiatriser sans dérembourser ? Pourquoi ne pas dépsychiatriser et dépathologiser ? Tom Reucher, psychologue clinicien et ancien président de l'ABS (Association du Syndrome de Benjamin) propose un texte intitulé « Dépsychiatrisez sans démedicalisez »<sup>301</sup>, dans lequel il explique sa position :

*« Dépsychiatriser ne suffit à pas à nombre de trans' qui voudraient aussi la dépathologisation, c'est-à-dire la sortie de la Classification Internationale des Maladies et de tout autre manuel. Ils pensent que la prise en charge n'a pas besoin de lister la transidentité dans une quelconque classification de maladies, son remboursement ne devant être qu'une volonté politique. Si je suis d'accord sur le fond (ce n'est pas une maladie), je suis conscient que nombre de pays ne sont pas politiquement prêts à prendre en charge des problématiques qui ne sont pas considérées par l'OMS comme ayant besoin de soins (les traitements hormonaux et chirurgicaux sont des soins). La sortie de la CIM entraînerait la suppression de la prise en charge par les systèmes d'assurances maladie dans de nombreux pays alors que les traitements hormonaux et chirurgicaux sont très coûteux. »*

<sup>300</sup> Définie comme telle : « Il n'existe pas de doute quant à l'identité ou la préférence sexuelle (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité ou préférence pour les enfants), mais le sujet désire modifier cette identité ou cette préférence, en raison de troubles psychologiques et du comportement associés, et il peut chercher à se faire traiter pour changer. »

<sup>301</sup> <http://observatoire-des-transidentites.over.blog.com> Tom Reucher : « Dépsychiatriser sans démedicaliser »

*C'est pourquoi je propose une solution pragmatique permettant l'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux pour les trans' qui le souhaitent et qui n'ont pas les moyens de les financer. Rien n'empêchera les personnes qui veulent tout payer de continuer à le faire. »*

Acteur du mouvement Trans depuis de nombreuses années, Tom Reucher propose même une nouvelle classification, qui fait écho aux réflexions de l'OMS :

*« La transidentité pourrait être classée (comme le sont la contraception et l'avortement non pathologique Z30.3) dans le CHAPITRE XXI. Voici plusieurs possibilités dans ce chapitre: 1.Z00-Z99 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé) ; Z55-Z76 Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales [...] Z60.5 Cible d'une discrimination et d'une persécution. Discrimination ou persécution, réelle ou perçue comme telle, pour des raisons d'appartenance à un groupe (défini par la couleur de la peau, la religion, l'origine ethnique, l'identité de genre, etc.). »<sup>302</sup>*

De l'ensemble de ces discussions, il semble qu'il faille retenir une chose : la volonté de quelques militants et chercheurs liés à l'OMS de « penser du côté de la santé » et non « du côté de la maladie »<sup>303</sup>, la santé étant autre chose que l'absence de maladie et la demande de « bien-être » ne pouvant se limiter aux demandes des personnes « malades ». On notera sur ce point le dépassement d'une crainte : une classification qui prend en compte la notion de « santé » n'est pas forcément une classification pathologisante. Encore faut-il la penser en des termes qui permettent un « accompagnement » sans « stigmatisation »<sup>304</sup>, c'est-à-dire éviter toute « maltraitance théorique »<sup>305</sup>, ces mots qui blessent, ce qui selon Françoise Sironi, reviendrait à prendre le risque d'y adosser une « maltraitance clinique ». Sur ce dernier aspect, il apparaît que l'APA n'a pas joué le jeu de la « déstigmatisation ».

<sup>302</sup> REUCHER Tom, « Dépsychiatrisez sans démedicaliser », Observatoire Des Transidentités, dossier « Dépsychiatrisez ! » Disponible sur : <http://observatoire-des-transidentites.overblog.com>

<sup>303</sup> DESMOND Patrice, « Le transsexualisme et après : le normal et le pathologique du genre en question », Journée d'étude « Les catégories psychiatriques et leurs effets : les enjeux de la révision du DSM V et de la CIM 11 », Université Victor Segalen, 18 mars 2011. DESMOND Patrice « Classifier les questions de genres et de sexualités sans stigmatiser ! Mais comment est-ce possible ? » *Information psychiatrique* vol87, n°4, 2011.

<sup>304</sup> GUILLOT Vincent, « Accompagner ou stigmatiser », Observatoire Des Transidentités, dossier « Dépsychiatrisez ! » Disponible sur : <http://observatoire-des-transidentites.overblog.com>

<sup>305</sup> SIRONI Françoise, *Psychologie(s) des transgenres été des transsexuel(le)s*, Odile Jacob, 2011.

#### **4° DE L'INDISPONIBILITÉ DE LA PERSONNE AUX DROITS HUMAINS : le levier juridique**

Très longtemps le droit s'est contenté d'en référer à l'indisponibilité du corps humain face aux demandes de changement de sexe ainsi qu'à la contrainte médico-légale interdisant l'ablation d'un organe sain. Aujourd'hui, si le droit laisse la psychiatrie se prononcer à sa place concernant les changements d'état civil, des éléments des contradictions émergent. Une des explications à l'apparition de ces nouveaux éléments est que les expériences Trans ne se laissent plus uniquement saisir par des définitions juridiques médicalisées, notamment parce que leurs expériences ne se laissent plus lire par l'unique prisme de la psychiatrie.

##### **1.4.1 Droit communautaire et droit national : une évidente contradiction**

Une des pierres angulaires du mouvement associatif Trans actuel repose sur les recommandations de Thomas Hammarberg, commissaire européen aux Droits de l'Homme. Son texte, intitulé « Droits de l'Homme et identité de genre »<sup>306</sup>, marque une rupture avec les pratiques juridiques françaises. Il préconise aux États membres de :

##### **« Droits de l'Homme et identité de genre »**

« 1. Mettre en oeuvre les normes internationales des droits de l'homme sans distinction et interdire expressément la discrimination fondée sur l'identité de genre dans la législation nationale antidiscrimination. Cette mise en œuvre au niveau national devrait s'inspirer des principes de Yogyakarta<sup>307</sup> sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre ;

<sup>306</sup> HAMMARBERG Thomas. *Droits de l'homme et identité de genre*. Document thématique. Commissaire européen des Droits de l'Homme. Octobre 2009

<sup>307</sup> Les principes de YOGAKARTA sont des principes internationaux basés sur les droits Humains relatifs à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre : [http://www.yogyakartaprinciples.org/principles\\_fr.htm](http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_fr.htm)

2. Adopter une législation relative aux infractions motivées par la haine offrant une protection spécifique aux personnes transgenres contre les infractions et les incidents inspirés par la transphobie ;
3. Instaurer des procédures rapides et transparentes de changement de nom et de sexe sur les extraits d'acte de naissance, cartes d'identité, passeports, diplômes et autres documents officiels ;
4. Dans les textes encadrant le processus de changement de nom et de sexe, cesser de subordonner la reconnaissance de l'identité de genre d'une personne à une obligation légale de stérilisation et de soumission à d'autres traitements médicaux
5. Rendre les procédures de conversion de genre, telles que le traitement hormonal, la chirurgie et le soutien psychologique, accessibles aux personnes transgenres et en garantir le remboursement par le régime public d'assurance maladie ;
6. Supprimer les dispositions portant atteinte au droit des personnes transgenres à demeurer mariées à la suite d'un changement de genre reconnu ;
7. Élaborer et mettre en oeuvre des politiques de lutte contre la discrimination et l'exclusion auxquelles font face les personnes transgenres sur le marché du travail, dans l'éducation et dans le système de santé ;
8. Consulter les personnes transgenres et leurs organisations et les associer à l'élaboration et à la mise en oeuvre de politiques et de dispositions juridiques les concernant ;
9. Promouvoir les droits humains des personnes transgenres et lutter contre la discrimination fondée sur l'identité de genre au moyen de l'éducation aux droits de l'homme, de programmes de formation et de campagnes de sensibilisation ;
10. Dispenser aux professionnels de santé, notamment aux psychologues, psychiatres et médecins généralistes, une formation sur les besoins et les droits des personnes transgenres et l'obligation de respecter leur dignité ;
11. Intégrer les questions relatives aux droits humains des personnes transgenres dans les activités des organes de promotion de l'égalité et des structures nationales des droits de l'homme ;
12. Développer des projets de recherche pour recueillir et analyser des données sur la situation des personnes transgenres au regard des droits de l'homme, y compris sur les problèmes de discrimination et d'intolérance, et ce sans porter atteinte au droit au respect de la vie privée des personnes concernées ».

Ce texte n'est pas seul dans l'archipel naissant des supports juridiques favorables aux personnes Trans, qui ne se rabattent pas sur une définition médicale liée au « transsexualisme ». Il précède un texte juridiquement plus significatif et intitulé « discrimination sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre »<sup>308</sup>, souvent repris par les militants sous l'appellation « résolution 1728 ».

**Le conseil de l'Europe appelle les états membres à :**

- adopter et appliquer une législation anti-discrimination incluant l'orientation sexuelle et l'identité de genre parmi les motifs de discrimination prohibés et des sanctions pour les infractions
- traiter la discrimination et les violations des droits de l'homme visant les personnes transgenres et, en particulier, garantir dans la législation et la pratique les droits de ces personnes [...] à des documents officiels reflétant l'identité de genre choisie, sans obligation préalable de subir une stérilisation ou d'autres procédures médicales comme une opération de conversion sexuelle ou une thérapie hormonale

Si l'on peut se demander quel impact a le texte de Thomas Hammarberg (non contraignant, mais très contrariant, il est fort à parier qu'il ne se soit exporté que dans le monde militant), on peut néanmoins rappeler les tentatives nationales, parfois avortées, pour importer ce texte<sup>309</sup>. Dans son article intitulé « Transsexualisme et Droit : état des lieux », Georges Fauré note que : « *La question du transsexualisme a posé et pose toujours une difficulté aux juristes* » et qu' « *une possible attitude restrictive du Droit français est à nouveau susceptible de passer sous les fourches caudines de la Convention européenne des droits de l'Homme* »<sup>310</sup>. Dans cette perspective, les militants Trans saisissent l'opportunité de ces contradictions juridiques pour mettre à mal le traitement français du « transsexualisme ». En activant des logiques de comparaisons à l'échelle européenne, soit en utilisant le droit européen soit en utilisant celui d'un pays voisin, les personnes Trans recomposent la carte des possibles en termes de changement de sexe comme de changement de genre.

<sup>308</sup> Texte adopté par l'Assemblée le 29 avril 2010 (17<sup>e</sup> séance) et disponible en intégralité sur : <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/FRES1728.htm>

<sup>309</sup> Cf : la proposition de loi PS préconisait la prise en compte des discriminations liées à « l'identité de genre ».

<sup>310</sup> FAURE Georges, « Transsexualisme et droit : état des lieux », *Ethique & Santé*, 1: 159-161, Masson, 2004

### **1.4.2 Jeux d'échelles et leviers juridiques : quels changements par le droit?**

La comparaison donne à voir des changements d'échelle. Ces derniers affectent le jeu des acteurs qui, en changeant de focale, opèrent des actions différentielles, fonctions de stratégies individuelles et collectives, mais aussi des coûts et des avantages perçus dans chaque espace comparé. Ces différents référentiels d'action fondent un nouveau type d'action jouant sur les « zones d'incertitudes » du local à l'international. Dans l'arène juridique, ces stratégies comparatives permettent des contournements. Ce qui est ici contraignant l'est peut-être moins ailleurs. Jacques Revel nomme ceci « *le principe de la variation d'échelle* »<sup>311</sup>. Selon lui cette « *conjugaison des perspectives* » fait « *appel à une diversité d'analyses aussi valables les unes que les autres* ». Du point de vue de l'analyse, « *seule une prise en compte multidimensionnelle serait apte à saisir la structure feuilletée du social* ».

C'est donc à travers une multiplicité des représentations et des organisations, loin d'une homogénéité parfaite, que les acteurs puisent leurs ressources d'action. Ces répertoires comparatifs impliquent un calcul coût-avantage duquel découlent des stratégies d'action. Pour le cas des personnes Trans, les parcours de vie deviennent donc dans le même temps des parcours sociaux et géographiques. Le « contextuel » s'augmentant du « comparatif », le droit devient un levier par lequel on espère voir aboutir des revendications. Ayant pour horizon les textes européens déjà cités, mais aussi des législations de pays voisins, les personnes Trans composent leurs exigences entre des contraintes locales et des possibilités plus « globales ». En 2009, un tableau de droit comparé portant sur les demandes de changement d'état civil est rendu disponible sur le site du ministère de la justice<sup>312</sup>. Il dévoile ce que beaucoup de Trans savent déjà (notamment par les forums et les associations) : d'un pays à l'autre la législation évolue. L'accélération récente des conquêtes en droit par les personnes Trans (et plus généralement LGBT) au sein de l'Europe rend quelque peu dépassées les données affichées par ce tableau<sup>313</sup>.

---

<sup>311</sup> REVEL Jacques (dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Gallimard, Hautes Études, 1996.

<sup>312</sup> [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/1\\_tableau\\_transsexualisme.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_tableau_transsexualisme.pdf)

On retrouve aussi certains éléments dans le « Transgender EuroStudy » de Stephen Whittle.

<sup>313</sup> On pourrait aussi citer l'Allemagne qui par son Tribunal constitutionnel a déclaré, en janvier 2011, contraire à la constitution la stérilisation des personnes Trans pour accéder au changement d'Etat civil.

Si l'on se penche sur la loi espagnole du 15 mars 2007, qui régit les procédures de changement de sexe, un changement d'état civil est corrélé à un suivi psychologique (de deux ans) qui doit attester du cas de transsexualisme et à une attestation psychiatrique qui doit venir confirmer ce diagnostic. Un traitement hormonal de neuf mois minimum doit aussi avoir été suivi. Pour changer d'état civil il faut enfin être de nationalité espagnole et avoir plus de 18 ans. C'est-à-dire que le changement d'état civil est décorrélié d'une opération de réassignation. En France les choses se passent différemment. La personne transsexuelle doit suivre pendant environ deux ans (ce qui peut aller beaucoup plus loin) une équipe protocolaire. La « dysphorie de genre » doit être diagnostiquée par un psychiatre (uniquement). Nous l'avons vu, pour les FTM comme pour les MTF, et contrairement à l'Espagne, l'impossibilité de procréer, donc la stérilisation, est obligatoire. Ces différentes orientations produisent différents corps Trans : dans un cas le transsexualisme peut trouver une solution dans l'aménagement du genre alors que dans l'autre cas -en France- c'est au niveau du sexe (reproducteur) que l'on agit et que l'on souhaite agir. Dans un cas nous comprenons le terme de dysphorie de genre, dans l'autre -en France- nous serions tentés de croire en une dysphorie de sexe.

D'autres exemples, plus lointains, viennent aussi contredire nos pratiques juridiques. Dans sa loi de décembre 2011, l'Argentine propose de rendre aux personnes la disponibilité de leur état civil. Concernant les personnes Trans, cela représente une avancée encore plus significative que la loi espagnole, pourtant précurseur en 2007. Selon la loi : *« toute personne à partir de 16 ans pourra demander la rectification de son nom, de son sexe et de sa photographie dans tous les registres d'État civil où ces données ne correspondent pas à ce qu'il ressent personnellement en la matière »*. Dans le cas des personnes Trans, ni une *« attestation d'intervention chirurgicale ni de thérapies hormonales ou de traitements psychothérapeutiques, ne seront désormais exigés pour un changement de sexe total ou partiel. »* Comme nous pouvons le constater, ce n'est pas uniquement le traitement politique ou médical de la transsexualité qui diffère d'un pays à l'autre ; c'est toute la sémiotique autour du sexe et du genre qui se transforme. En traitant du genre indépendamment du sexe, l'Espagne les dissocie, là où la France les rabat l'un sur l'autre. En ne traitant pas du sexe et du genre de manière irrémédiable, l'Argentine rend aux individus la possession de leur état civil. Ce comparatisme est un outil précieux pour de nombreux militants qui voient dans les insuffisances et les incompatibilités du droit (ou « des » droits) un nouveau moyen d'action.

Dans son livre « Devenir celle que je suis »<sup>314</sup>, Delphine Philbert laisse une large place au droit, à Thomas Hammarberg notamment, dont le texte lui semble contenir tout ce qui peut relever du respect de la personne et des droits humains en matière de changement et d'identité de genre. De même, l'association Trans-aide Lorraine met en avant sur son site les textes de Thomas Hammarberg et du Conseil de l'Europe.<sup>315</sup> Nous pourrions cependant nous questionner sur le véritable pouvoir « émancipateur » du droit et sur les conséquences politiques d'un agenda militant centré sur le droit.

Face à la multiplication des registres de militance et d'engagements pour une plus grande visibilité, une meilleure connaissance et reconnaissance des personnes Trans (non plus en tant que malades, mais en tant qu'individus), le droit, notamment le droit européen sous l'égide de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, semble être en mesure d'apporter une réponse globale aux préoccupations politiques, médicales ou éthiques soulevées par les populations Trans. D'un droit découlant de la médecine, on passe ainsi à un droit attentif aux demandes associatives ; d'un droit médico-légal, on passe à un droit plus individuel. Mais la question Trans peut-elle uniquement s'appréhender du côté du droit ? Les pratiques ne s'y superposant jamais parfaitement et nous verrons que les acteurs de la militance Trans ouvrent d'autres fronts, corrélativement à celui du droit, provoquant une déstabilisation plus générale du « transsexualisme ».

---

<sup>314</sup> PHILBERT Delphine, *Devenir celle que je suis*, Max Milo, 2011.

<sup>315</sup> <http://www.trans-aide.com>



## 5° ***DES DEMANDES DE TRASSEXUALISATION AUX TRANSIDENTITES : les nouvelles grammaires corporelles***

La comparaison, qu'elle soit théorique, historique ou juridique, déséquilibre les certitudes. Sur la question Trans, elle démontre l'impossibilité de penser les corps Trans sous la forme unique des protocoles de soins tels que nous pouvons les observer en France ainsi que la nécessité de penser ces corps dans leurs complexités à la fois juridiques, techniques ou discursives. Résumons cela ainsi : les savoirs Trans et les expériences Trans, s'ils sont situés, sont aussi comparatifs. Au total, tout se passe comme si l'association des espaces de redéfinitions, de renégociations, que sont la technique, le juridique et le médical, ouvrait la voie à des expressivités dissidentes jusque-là inaudibles. Et réciproquement : tout se déroule comme si l'expression de corps Trans, par le biais du militantisme notamment, ouvrait la voie à des espaces de redéfinitions et de renégociations techniques juridiques et médicaux.

Dans cette dialectique, la scène psychiatrique perd de sa centralité et laisse entrevoir les possibilités liées aux innovations corporelles et grammaticales du changement. Avec ce glissement s'opère aussi une modification dans les manières de se prononcer comme Trans. Aujourd'hui encore la modélisation transsexuelle assure un lexique inépuisable lié à la souffrance. Un des critères principaux pour être diagnostiqué comme transsexuel est d'ailleurs la persistance du désir de changer de sexe et la souffrance qui y est corrélée. De même, médiatiquement<sup>316</sup>, on retrouve les termes liés aux champs lexicaux de la peine. Mais une rupture s'est produite avec l'injection de récits d'altérités du genre, d'alternatives à la binarité et à l'évidence du sexe, et avec l'arrivée du mouvement *queer*, plaçant le discours d'un point de vue militant et politique.<sup>317</sup> Sociologiquement, ce changement sémiotique nous pousse à interpréter là aussi les parcours Trans différemment, en remplaçant par exemple le vocabulaire de la souffrance par celui de « l'épreuve »<sup>318</sup> permettant l'expression d'une panoplie d'expériences plus large dans un contexte où le sens que l'on donne habituellement aux parcours Trans ne fait justement pas toujours sens pour les acteurs eux-mêmes.<sup>319</sup>

---

<sup>316</sup> ESPINEIRA Karine, *La transidentité, de l'espace médiatique à l'espace public*, L'Harmattan, 2008.

<sup>317</sup> THOMAS Maud-Yeuse, « Questions Trans, questions queer », Observatoire Des Transidentité, Mars 2011.

<sup>318</sup> MARTUCCELLI Danilo, *Forgé par l'épreuve, l'individu dans la France contemporaine*. A. Colin, 2006.

<sup>319</sup> MARTUCCELLI Danilo, *Grammaires de l'individu*, Folio Gallimard, 2002.

Il est alors temps de se pencher sur la variété des récits de parcours lorsque, pour le dire comme Beck<sup>320</sup>, dans des contextes d'incertitudes (notamment institutionnelles) c'est à l'individu de reconstituer par le biais biographique les détachements et les réinvestissements qui s'opèrent ou, pour les questions de genre, de dés-identifications et d'identifications qui ont lieu. Face à l'observation d'une multiplication des parcours, peut-on encore se référer à une unique « grammaire de l'individu »<sup>321</sup>?

L'individu travaille continuellement à sa construction identitaire, son unité (ou plutôt ses multiples principes d'unités), ses stratégies d'identifications, que ce soit au niveau corporel ou narratif, dans les récits qu'il fait de lui et dans les différents contextes sociaux qui le fabriquent, le contraignent, qu'il évite ou qu'il subit.<sup>322</sup> Cette unité narrative, parfois variable, souvent complexe, n'est pas une illusion. Nous aurions tort de ne pas prendre en considération ce que les acteurs Trans ont à nous dire. Nous aurions tout aussi tort de ne pas prendre en considération l'ensemble des éléments qui composent leurs trajectoires, aussi marginaux soient-ils.

C'est pourquoi il est nécessaire d'insister sur les « mots » qu'imposent les acteurs. Il est tout aussi important de souligner que les innovations ici à l'œuvre sont aussi le fruit de technologies de genre multiples, que ce soient des innovations chirurgicales, hormonales, sexuelles ou accessoirisées (godes<sup>323</sup>, vêtements<sup>324</sup>), et qui donnent aux corps de nouvelles limites, de nouvelles fonctions saisies à la fois par et contre les normes de genre. Le corps aujourd'hui<sup>325</sup> est aussi ce corps technique, prothèses, ajouts et prélèvements qui mettent à mal l'idée d'une naturalité inattaquable du corps. Il donne à voir ce que Térésa de Lauretis nomme « les technologies de genre », ces représentations génératives du réel en même temps qu'elles en sont les lieux de résistance. Mais le corps, les mots et les expériences qui les lient sont aussi le théâtre d'une redéfinition plus générale de ce qu'est « l'identité ». Entre injonctions et émancipations, entre définition par soi et définition par autrui, comment se caractérise l'ancrage identitaire ? Ne devient-il pas un processus d'identifications et de déprises identitaires ?

---

<sup>320</sup> BECK Ulrich, *la société du risque*, Flammarion, 2004.

<sup>321</sup> MARTUCELLI Danilo, *Grammaires de l'individu*, Folio Gallimard, 2002

<sup>322</sup> KAUFMANN Jean Claude, *Ego, pour une sociologie de l'individu*, Hachette littérature, 2001.

<sup>323</sup> PRECIADO Béatriz, *manifeste contra-sexuel*, Balland, 2000.

<sup>324</sup> TINA, « Cross Dressing », *La transidentité, des changements individuels au débat de société*, L'Harmattan, 2011.

<sup>325</sup> QUEVAL Isabelle, *Le corps aujourd'hui*, Folio, 2008.

Pour Jean-Claude Kaufmann : « *L'individu intégré dans la communauté traditionnelle, tout en se vivant concrètement comme un particulier, ne se posait pas de problèmes identitaires tels que nous les entendons aujourd'hui* »<sup>326</sup>. Mais les supports identitaires habituels (la nature, la tradition ou les groupes d'appartenance) s'affaiblissent de telle sorte que, en ce qui nous concerne, le sexe ne peut plus unilatéralement être défini par la nature, et la sexualité par une pratique définitive. La fixité, la binarité et la hiérarchie des êtres et des pratiques ont été tour à tour malmenées par les mouvements féministes, homosexuels, Trans et queer. Collectivement, les identités ne sont donc plus des placements fixes et arbitraires. Individuellement, l'identité est un appareillage mouvant, pluriel. Suivant les mots de Michel Foucault nous pourrions dire que l'identité est « en devenir ». Ce qui assurait la binarité du sexe est remis en question avec les possibilités offertes par la chirurgie ; les régimes de vérités sur le sexe ou le genre se confrontent aux « technologies de genre » qui en floutent l'évidence et les sexualités homosexuelles et hétérosexuelles s'enrichissent d'une bisexualité que l'échelle de Kinsey diffuse à tous. La multiplication de l'offre identitaire rend donc plastique la notion d'identité. Cette dernière n'est jamais synonyme de l'entièreté des pratiques et des expériences d'un individu et se trouve délimitée dans le temps. Dynamique, la notion d'identité se singularise. Dans son essai « L'amitié », Francesco Alberoni écrivait : « *la recherche de l'identité est un voyage initiatique. C'est une aventure éminemment individuelle.* »<sup>327</sup> Pour ainsi dire, l'identité se désolidarise quelque peu des communautés d'expériences qui définissaient les individus qui les composaient en fonction de la culture qui les reliait. Ce sentiment d'appartenance se dilue aujourd'hui dans des devenirs à la fois multiples et uniques. Dans « *épreuves exorcistes* »<sup>328</sup> Henri Michaux parle « *d'équilibres singuliers* ». Ce que la définition contemporaine de l'identité suggère donc, c'est que l'identité cristallise temporairement et de manière située les résolutions de contraintes, entre ce que je suis, ce que j'aspire à être, ce que l'on a fait de moi et ce que l'on fait de moi au moment même où j'agis et je me prononce.

---

<sup>326</sup> KAUFMANN Jean Claude, *L'Invention de soi. Une théorie de l'identité*, A. Colin, 2004.

<sup>327</sup> ALBERONI Francesco, *L'amitié*, Pocket, 1985. p.97

<sup>328</sup> MICHAUX Henri, « la vie double », *Epreuves exorcistes*, Poésie Gallimard, 1946.

Dans une dialectique aux résultats incertains, l'identité oscille entre l'« authentique » et l'« identique », situant l'individu dans des processus dynamiques d'identifications par autrui, de désidentifications, et de redéfinition par et pour soi, inscrite dans les limites d'une impossible définition auto-générative de soi et d'un dépassement des contraintes sociopolitiques, « biopolitiques »<sup>329</sup> selon Foucault qui nous suggère l'image d'un pouvoir qui « s'exerce », mais qui ne se « possède pas » ; c'est-à-dire que :

*« L'étude de cette microphysique suppose que le pouvoir qui s'y exerce ne soit pas conçu comme une propriété, mais comme une stratégie. [...] Ce pouvoir d'autre part ne s'applique pas purement et simplement, comme une obligation ou une interdiction, à ceux qui « ne l'ont pas ». Il les investit, passe par eux et à travers eux ; il prend appui sur eux, tout comme eux-mêmes, dans leur lutte contre lui, prennent appui à leur tour sur les prises qu'il exerce sur eux »<sup>330</sup>*

Le pouvoir est donc un flux qui n'a ni cible ni possédant. Il permet tour à tour son exercice et la résistance à son égard ce qui, dans une dimension identitaire, ouvre la voie aux contre-productions et aux dérégulations de par les marges.

Dans « papiers d'identité »<sup>331</sup>, Didier Eribon propose le triptyque de « Désapprentissage / apprentissage / réapprentissage » nécessitant, nous dit-il, de « *réinventer son identité sans contenu prédéfini* ». Ce processus d'apprentissage et de désapprentissage instaure inévitablement des redéfinitions, des recodifications. Milan Kundera, à qui l'on doit aussi *L'identité* écrit dans « L'art du roman » : « *L'existence n'est pas ce qui s'est passé, l'existence est le champ des possibles humains, tout ce que l'homme peut devenir, tout ce dont il est capable* ». Pour lui, l'homme est un « *explorateur de l'existence* »<sup>332</sup>.

Dans cette multiplication des parcours et des identifications, la seule clinique transsexuelle est débordée par les pratiques individuelles. De manière chiffrée nous pourrions constater que les personnes Trans fabriquent de nouveaux parcours de transition et de subjectivation de leur transidentité.

---

<sup>329</sup> FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975.

<sup>330</sup> FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975, p.35.

<sup>331</sup> ERIBON Didier, *Papiers d'identité, interventions sur la question gay*, Fayard, 2000.

<sup>332</sup> KUNDERA Milan, *L'Art du roman*, Folio Gallimard, 2001, p. 57.

### ***1.5.1 Ce que les protocoles (ne) prennent (pas) en charge***

De manière générale, nous n'avons pas beaucoup de chiffres concernant la population Trans. La littérature française sur la question est bien pauvre et il a fallu attendre l'enquête d'Alain Giami pour disposer des premiers chiffres<sup>333</sup>. Comme il le précise lui-même, il est très compliqué de savoir quoi mettre sous l'appellation de « trans' » ou de « transsexuel ». Et lorsqu'on laisse la question de la nomination ouverte, certaines personnes ne répondent pas, ne se sentant pas forcément concernées : « *moi je suis travesti alors...* ». Son article « *Identifier et classifier les trans* » nous fournit néanmoins quelques pistes. Dans un tableau intitulé « *Intervention sur les organes génitaux en fonction de l'identité de genre revendiquée* »<sup>334</sup> nous lisons qu'une majorité de personnes Trans n'a pas effectué d'opération de réassignation : 56% des femmes<sup>335</sup>, 57% des hommes, 70% des femmes trans, 50% des hommes trans, 88% des trans et 71% des « autres » n'ont pas souhaité ou n'ont pas pu bénéficier d'interventions génitales. Nous ne savons pas bien ce que recouvrent ces « auto-appellations ». Une enquête plus qualitative sur ces chiffres nous aurait peut-être permis d'en apprendre plus sur ce qu'envisagent les personnes derrière ces mots. Mais au total, sur 381 entrées, les six catégories de l'enquête montrent une prééminence certaine des Trans « non opérés » (61%). En juillet 2011, j'ai appliqué ce calcul aux personnes Trans que j'ai rencontrées lors de mes différents terrains. Mes résultats restent dans cette même fourchette de chiffre puisque 55% des personnes que j'ai interrogées ne se sont pas faites opérer. Ce qui est intéressant, c'est de savoir combien ont été pris en charge par les protocoles de soins. Alors que j'ai effectué une partie de mon enquête dans des villes comprenant un protocole (Bordeaux, Paris...), alors que j'ai rencontré peu de jeunes Trans, et majoritairement plus de MtF que de FtM, j'obtiens que 74% des personnes Trans rencontrées n'ont pas effectué leurs parcours au sein des protocoles hospitaliers. Une grande majorité des personnes Trans organise d'autres parcours que les parcours balisés. On retrouve cela dans le profil plus précis des personnes « opérées ». Pour Fred, salarié de AIDES travaillant sur la question Trans, ce « *plus de 70 % des Trans se font opérer aujourd'hui à l'étranger* ».

---

<sup>333</sup> GIAMI Alain, Le BAIL Jonas, « Infection à VIH et IST dans la population "trans" : une revue critique de la littérature internationale » ; GIAMI Alain, « Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers », *L'information psychiatrique*, vol.87, n°4, avril 2011.

<sup>334</sup> Ibid. p.275

<sup>335</sup> Alain Giami et nous même rapportons ici le « genre revendiqué ».

Il fut possible d'obtenir quelques chiffres de la SOFECT à partir de documents fournis lors de réunions ministérielles<sup>336</sup>. Comme beaucoup de chiffres, ils ne sont pas publiés. Cependant on peut les considérer comme plausibles.

**Chiffres de la Sofect (09/2009 à 09/2010) -6 équipes médicales.**

- 1229 patients en file active en endocrinologie.
- 154 chirurgies dont 81 MtF et 73 FtM.

**Chiffres des prises en charge hors de France:**

- 25 patients français en Belgique (Gand)
- 50 français par an au Canada;
- 135 français par an en Thaïlande

Trois points doivent être soulevés. Premièrement, le fait que la transsexualité au sens strict, c'est-à-dire les personnes susceptibles d'être reconnues comme telles par un psychiatre, ne concerne pas beaucoup de personnes. Il est même étonnant que cela concerne aussi peu de monde. Dans son enquête de 2007, aussi compliqué que cela puisse être d'établir des données épidémiologiques sur le sujet, le docteur De Cuypere<sup>337</sup> établit un taux de prévalence de 1/12.900 pour les MtF et de 33.800 pour les FtM.<sup>338</sup> Soit un taux de prévalence moyen de 1/19.000<sup>339</sup>. Joz Motmans précise :

*« Compte tenu de tous les facteurs contextuels, De Cuypere et Olyslager estiment que la prévalence inhérente de la transsexualité aux Pays Bas et en Flandre se situe entre 1 : 2.000 et 1 : 1.000 pour les femmes trans et entre 1 : 4.000 et 1 : 2.000 pour les hommes trans. Ces nouvelles perspectives démontrent donc que le transsexualisme est bien moins exceptionnel qu'on ne le pensait souvent auparavant. »<sup>340</sup>*

<sup>336</sup> Ces chiffres ont été communiqués par les représentants Trans élus lors de l'AG Trans d'avril 2010, organisée par l'association OUTrans. Ils renvoient à la réunion ministérielle (ministère de la santé) du 10 novembre 2010.

<sup>337</sup> Membre du protocole de Gand (Belgique)

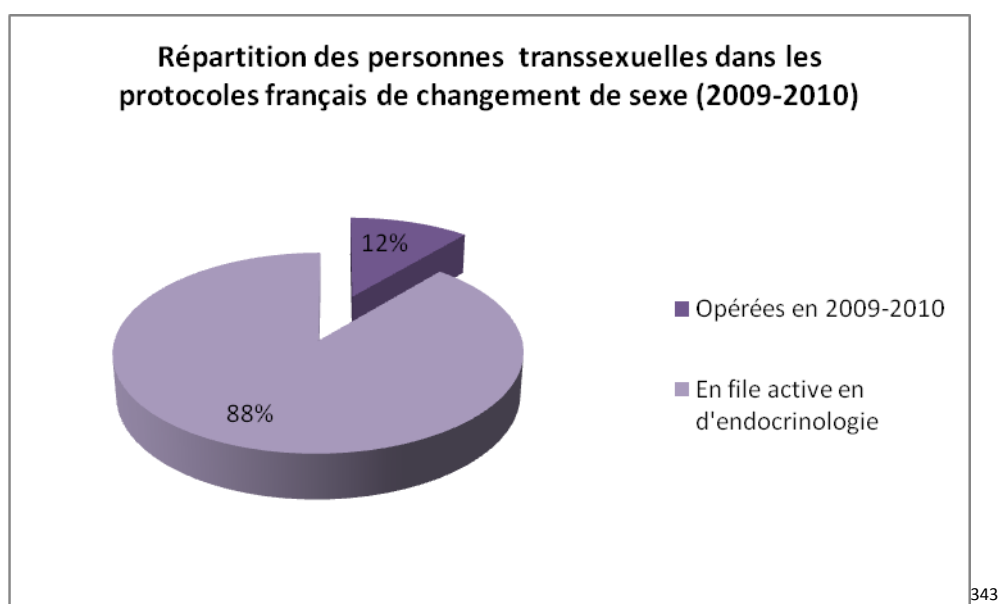
<sup>338</sup> DE CUYPERE Griet, « Prévalence of transsexualism in Belgium », *European Psychiatry*, 22, p.138, 2007.

<sup>339</sup> Ces taux ne sont ni les plus faibles ni les plus élevés. Le rapport de la H.A.S. *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*. (2010) permet de faire une brève comparaison : en 1999 Wilson propose une prévalence de 1/7.400 pour les MtF et en 2002 la société espagnole d'endocrinologie trouve un taux de prévalence de 1/43.000 pour les FtM.

<sup>340</sup> MOTMANS Joz, rapport « Être transgenre en Belgique, Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres ». Institut pour l'égalité des hommes et des femmes. Bruxelles. p.47, 2009.

L'association ACTHE<sup>341</sup> avait souligné le fait que, rapporté à la population française, cela représentait environ 15.000 personnes : « *Nous sommes loin des chiffres de la Sofect ou même ceux de la sécurité sociale* »<sup>342</sup> avait-elle conclu.

Prenons aussi la mesure du nombre d'opérations sur le total des personnes en « file active en endocrinologie ». Cette appellation renvoie aux personnes qui au sein des protocoles ont débuté une hormonothérapie. Elle ne renseigne donc pas sur le nombre de personnes qui appellent à la SOFECT avant d'être envoyées devant un endocrinologue suite aux entretiens psychiatriques. Sur 1229 personnes suivies par des praticiens protocolaires, en file active en endocrinologie, seules 154 personnes, entre 2009 et 2010, ont bénéficié d'une opération de réassignation. Soit 12% des personnes suivies.



Un dernier point mérite qu'on s'y arrête : s'il y a eu 154 opérations en 2009-2010 en France<sup>344</sup>, on en a compté 210 dans trois autres pays sur la même période : la Belgique, le Canada et la Thaïlande. Soit 35% de plus que le nombre d'opérations effectuées en France par les protocoles en place.

<sup>341</sup> <http://www.acthe.fr/>

<sup>342</sup> <http://leztranz.yagg.com/2011/03/21/combien-de-personne-trans/>

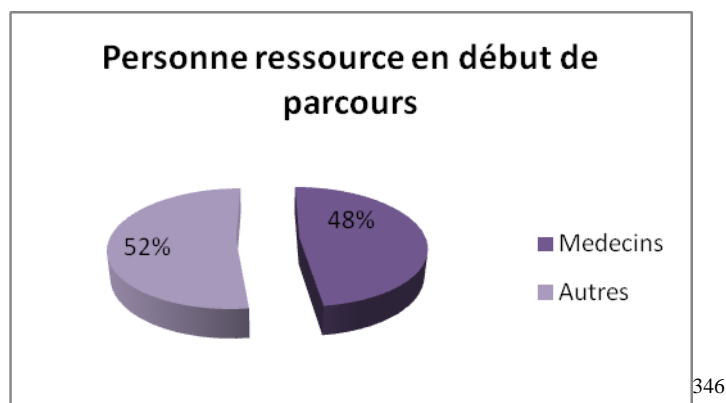
<sup>343</sup> Selon le document de travail de la Sofect, présenté le 10 novembre 2010 au ministère de la santé.

<sup>344</sup> Selon les chiffres présentés par la H.A.S. entre 2000 et 2006 : environ 90 opérations ont été accordées / an en moyenne.

Si l'on considère qu'une partie des personnes transidentitaires prennent elles-mêmes en charge les parcours non conventionnés ou remboursés, une conclusion s'impose : selon les chiffres de la SOFECT, il est net que les personnes transsexuelles décident en majorité de ne pas suivre les protocoles qui leur sont proposés.

Je propose que l'on prenne aussi en considération l'enquête menée par le MAG et H&S<sup>345</sup> ; enquête mise en ligne en 2009. On pourrait reprocher à cette enquête son étiquette partisane ou le nombre restreint de réponses, mais il me semble qu'elle donne des indications précieuses sur les pratiques et les parcours des « jeunes » Trans, ceux qui, contrairement à leurs aînés, ont accès à de nombreuses associations d'auto-support, à Internet et aux comparaisons internationales en terme de prise en charge. Cela nous indique aussi sur le devenir du transsexualisme dans un espace de concurrence des droits et des pratiques hospitalières.

On retiendra quatre éléments : 1- Les jeunes Trans démarrent leurs parcours sans médecins ; 2- Les étapes des protocoles ne sont pas forcément suivies dans les parcours libres ; 3- Une grande majorité des jeunes Trans n'est pas suivie par ces équipes ; 4- Les opérations (plasties ou réassignations) s'effectuent souvent à l'étranger. Au total moins de la moitié des personnes sondées (48%) ont commencé à frapper à la porte des médecins pour démarrer leur parcours médical.



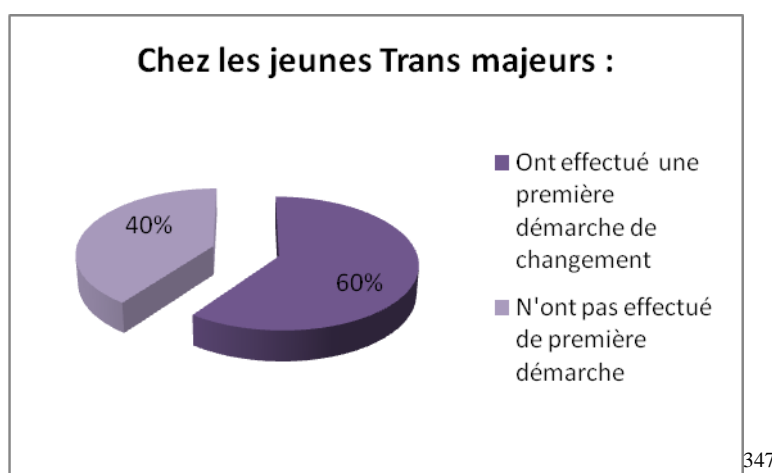
<sup>345</sup> « Afin d'avancer dans la prise de conscience et la connaissance de ce que vivent les jeunes personnes trans et transgenre de 16 à 26 ans en France, les associations Homosexualités & Socialisme (HES) et le Mouvement d’Affirmation des jeunes Gais, Lesbiennes, Bi et Trans (le MAG- Jeunes LGBT) ont mené une enquête réalisée à l’aide d’un questionnaire mis en ligne et qui était adressé à cette population. Voir : <http://www.questions-lgbt.fr.fm/spip.php?article357> ».

Enquête disponible sur : <http://www.hes-france.org/propositions/commissions/questionnaires-com-trans/enquete-sur-le-vecu-des-jeunes>

<sup>346</sup> On entend par « autre » : associations, forums... Enquête disponible sur : <http://www.hes-france.org/propositions/commissions/questionnaires-com-trans/enquete-sur-le-vecu-des-jeunes>



Nous le verrons par la suite, si les médecins (psychiatres, généralistes, endocrinologues) ne sont pas les premières personnes vers qui se tournent les jeunes Trans c'est qu'il existe un réseau, des associations, des forums, qui fournissent des éléments de début de parcours. On remarquera tout de même l'importance de la place des médecins (48%) dans ces parcours où la médicalisation et la médication restent des passages souvent indispensables. Toujours selon cette enquête, nous apprenons que « *parmi les personnes qui ont pris conscience de leur transidentité entre 11 et 15ans et qui sont majeures aujourd'hui, 40% n'ont toujours fait aucune démarche* ». Le temps d'incubation transidentitaire, s'il est variable d'une personne à l'autre, semble se réduire au fur et à mesure que les pressions sociales et les risques médicaux autour de la transidentité s'amenuisent. Chez les jeunes, le placard transidentitaire trouve un nombre croissant de résolutions au travers des auto-supports associatifs ou virtuels. Les jeunes Trans majeurs sont donc majoritaires à avoir effectué au moins une démarche de transition (hormones, chirurgie...).



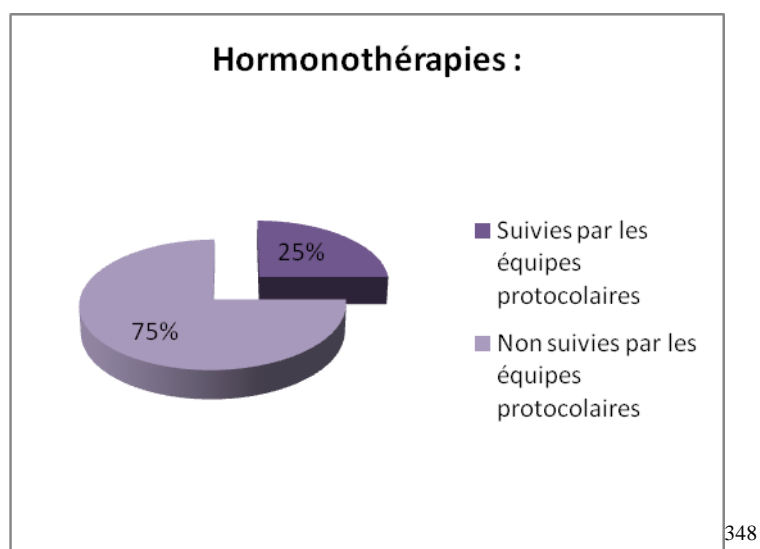
Dans cette catégorie de jeunes Trans majeurs ayant pris conscience de leur transidentité entre 11 et 15 ans « *55% suivent une hormonothérapie, 39% ont effectué des opérations et au total 10% seulement ont une procédure de changement d'état civil en cours ou achevée. Une très grande majorité des parcours se font hors équipes hospitalières autoproclamées officielles* ».

---

<sup>347</sup> Enquête disponible sur :

<http://www.hes-france.org/propositions/commissions/questionnaires-com-trans/enquete-sur-le-vecu-des-jeunes>

Plusieurs éléments : à l'image du médecin qui n'est pas forcément la personne chez qui l'on cherche les premiers conseils, l'hormonothérapie ne signe pas forcément le début d'un parcours. On imagine alors que les premières hormonothérapies s'effectuent en dehors des médecins protocolaires. En effet, sur les 30% des personnes sondées ayant au moins commencé l'hormonothérapie, 70 à 80 % ne sont pas suivies par ces équipes. Parmi les 20 à 30% des jeunes Trans ne faisant pas appel aux médecins protocolaires pour obtenir des hormones, certains décident de s'auto-médicamenter. La prise d'hormones via le web est une pratique connue des personnes Trans, qui trouvent sur certains sites des conseils précis quant à leurs utilisations. Mais pour l'immense majorité des jeunes Trans, c'est donc un médecin hors protocole qui procurera les hormones. Nous verrons que cette pratique tend à être surveillée par les praticiens protocolaires.

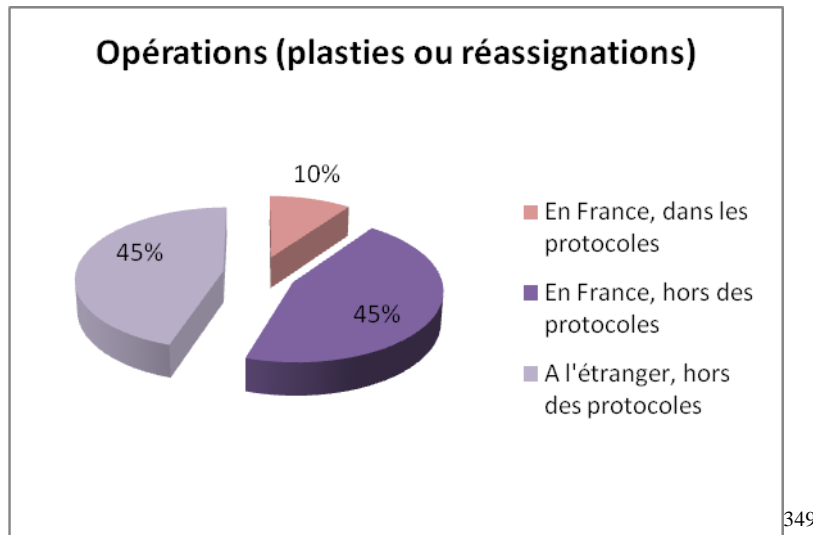


Notons aussi que 39% des jeunes Trans majeurs ont effectué des opérations. Encore une fois, l'immense majorité de ces opérations (qui sont autant des plasties que des réassignations) s'effectuent en dehors des équipes hospitalières. Il existe évidemment en France des cliniques privées permettant aux personnes Trans de bénéficier de mammoplasties, torsoplasties etc. Certains, parmi des jeunes Trans, passent tout de même dans les protocoles (10%).

---

<sup>348</sup> Enquête disponible sur :

<http://www.hes-france.org/propositions/commissions/questionnaires-com-trans/enquete-sur-le-vecu-des-jeunes>



Il s'agira de garder en tête ces derniers chiffres. Ils indiquent à la fois sur ce qui se passe actuellement, à savoir qu'une minorité des Trans seulement effectue une transition aux côtés des protocoles, mais aussi sur ce qui se dessine en terme de transidentité dans un futur post-transsexualisme. Ce qu'Éric Macé nomme « la fin du transsexualisme »<sup>350</sup>, à la fois dans les concepts et dans les pratiques, pourrait trouver son expression statistique dans cette étude. Si l'on sort de la population des « jeunes Trans » et que l'on s'intéresse à l'ensemble des personnes Trans on remarque aussi que les opérations ne sont pas comprises comme une étape finale dans tous les parcours. Dans leur enquête sur la population Trans en 2010, Alain Giami et Emmanuelle Beaubatie notent que :

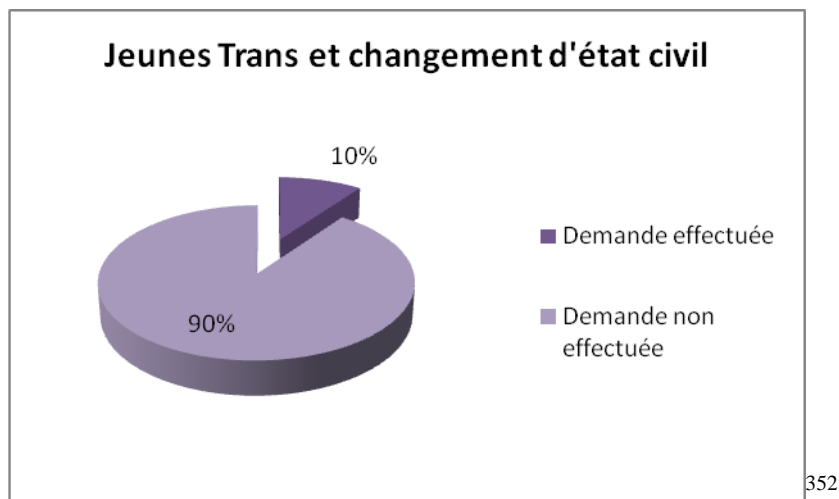
*« sur le plan des opérations génitales, 22,0% des individus ont eu recours à la chirurgie de stérilisation (orchidectomie, hystérectomie) et 29,4% à la chirurgie de réassignation de sexe (vaginoplastie, phalloplastie, métaoïdioplastie) [...] Plus de la moitié des individus (56,9%) qui ont suivi une démarche diagnostique auprès d'un psychiatre pour l'obtention du certificat l'ont fait auprès d'un psychiatre libéral et 34,6% auprès d'une équipe hospitalière. Parmi les individus ayant eu recours à une ou plusieurs interventions chirurgicales génitales, 32,1% en ont réalisé au moins une dans un hôpital public en France, 12,1% dans une clinique privée en France et 66,4% à l'étranger. »<sup>351</sup>*

<sup>349</sup> Op. Cit

<sup>350</sup> MACE Eric « Ce que les normes de genre font aux corps, ce que les corps trans' font aux normes de genre », Sociologie n°4, vol.1, 2010, p 487-516.

<sup>351</sup> GIAMI Alain, BEAUBATIE Emmanuelle, LE BAIL Jonas, « Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans.

Enfin, concernant les démarches administratives, on remarquera que seuls 10% des jeunes Trans majeurs ont effectué une démarche de changement d'état civil.



Pourquoi un chiffre aussi peu élevé ? Les raisons sont multiples, et l'âge des répondants y est très certainement pour quelque chose. Mais si on compare les deux derniers graphiques, on se rend compte que 10% des jeunes Trans ont effectué une demande de changement d'état civil et que, dans le même temps, 10% des jeunes Trans ont été opérés dans des protocoles français. En prenant en compte le fait que les tribunaux restent majoritairement enclins à fournir de nouveaux papiers aux personnes ayant été opérées et stérilisées, de surcroît dans des protocoles français, on pourra se demander si ces 10% ne se superposent pas l'un l'autre. Sur l'ensemble de la population Trans, Alain Giami et Emmanuelle Beaubatie notent que seulement « 44,9% des répondants ont fait une demande de changement d'état-civil (50,0% des FtM et 43,4% des MtF) »<sup>353</sup>.

---

Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010 » *BEH (Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire)*, 42, novembre 2011.

<sup>352</sup> Op. Cit.

<sup>353</sup> *Ibid.*

### **1.5.2 Formes et Fonctions corporelles : des « innovations transidentitaires »**

Il est difficile, voir impossible, de démêler ce qui relève de la prise de risque corporelle ou grammaticale. Est-ce le mot qui produit la chose ? Est-ce l'expérimentation qui demande un mot ? « Ce que cache mon langage, mon corps le dit » disait Roland Barthes<sup>354</sup> dans *Fragments d'un discours amoureux*. C'est-à-dire qu'à la question butlerienne de savoir : « Si tout est langage, qu'en est-il du corps ? »<sup>355</sup>, il faut à la fois écouter la « matérialité du corps » et ses « capacités discursives », les deux à la fois, l'imbrication de l'un dans l'autre. Nous procéderons de la sorte, à savoir : observer les nouvelles formes et les nouvelles fonctions du corps permises par la technique avant d'appréhender les resignifications que cela suggère. Quand j'écris « par la technique », il faut entendre non seulement que des innovations techniques sont à la source des modifications corporelles, mais aussi que des individus ou des groupes d'individus font le choix de « faire » corps avec cette nouvelle technique. Et cela relève de l'innovation. Dans « Addict », Avital Ronell écrit :

*« Quand le corps paraît destiné à l'expérimentation, les choses ne relèvent plus d'une introjection, mais d'une décharge. [...] Le corps propre regagne son statut corruptible. Exposé à cette mutabilité, le corps ne peut conserver son identité, mais il a une chance de voir sa chute sublimée ou revalorisée. [...] Chaque corps est en jeu : interférences et ingénierie, reconstruction et démolition [...] deviennent les occupations de chaque singularité »*<sup>356</sup>.

Bien souvent, ces techniques sont balisées par des protocoles de soins ou des réglementations administratives (« On y reconnaît parfois la main de l'État » souligne Avital Ronell), mais il arrive, et c'est là l'élément initiateur du changement, que des individus investissent d'autres voies, d'autres modes de transformations corporelles, jusque-là non envisagées. De nouvelles identités passent donc aussi par de nouvelles formes corporelles. « Corporéité » et « Identité » sont liées.

---

<sup>354</sup> BARTHES Roland, *Fragments d'un discours amoureux*, Seuil, 1977.

<sup>355</sup> BUTLER Judith, *Ces corps qui comptent*, Amsterdam, 2009.

<sup>356</sup> AVITAL Ronell, *Addict, fictions et narcotextes*, Bayard, pp. 36-37, 2009.

Le premier espace de conflit face aux normes de genre est justement cet espace corporel. La sociologie du corps ou de la beauté nous ont par ailleurs appris la manière dont des corps « décriés » se sont saisis de codes esthétiques disqualifiés pour néanmoins parvenir à produire de nouvelles significations<sup>357</sup>.

Deux types de modifications caractérisent sur ce point les questions Trans : un changement dans les techniques chirurgicales, c'est à dire dans les capacités offertes par la chirurgie à changer son corps, à le perfectionner, à le modeler. Puis un changement dans le panel des grammaires corporelles, genrées, sexuelles ou sexuées utilisées, donnant à voir l'étendue des possibilités discursives du corps en contradiction apparente avec sa matérialité supposée binaire<sup>358</sup>. Il faudra donc s'intéresser à deux points décisifs : les contextes de réalisation et les « scripts » de trajectoires. Pour reprendre les termes de la CIM-10, accéder à un « *corps aussi conforme que possible* » dépend à la fois des moyens mis à disposition pour l'obtenir et de ceux choisis, mobilisés par l'individu, pour arriver à l'objectif corporel ou sexué fixé (objectif qui s'appréhende plus en terme de « devenir »). Les protocoles psychiatriques français fournissent dans ce cadre un panel d'outils à disposition des Trans pour permettre des transitions : des retours biographiques, des tests en vie réelle, des hormonothérapies et des opérations esthétiques et de réassignation. Les récits de personnes transsexuelles ayant bénéficié de ces protocoles sont nombreux. Ils montrent principalement les transitions FtM et MtF pour qui la psychiatrie et le suivi protocolaire sont un moyen et parfois même une nécessité dans l'acceptation d'un nouveau rôle, d'un nouveau statut, d'un nouveau corps. Dans son article, « d'un genre à l'autre »<sup>359</sup>, Sébastien Sengenès montre bien la nécessité de transformer le corps lorsque l'identité assignée est « refusée » ou « abandonnée ». On « *bande ses seins* » parce qu'on ne « *peut pas les supporter* », on « *cache son sexe* », on « *prend des hormones* » et on « *attend de voir les premiers effets. Les premiers mois c'est long, mais quand tu sens que ta peau change c'est un vrai soulagement... tu ne peux pas savoir* », on « *prend des leçons d'orthophonie pour améliorer la voix* »...

---

<sup>357</sup> VIGARELLO Georges, Histoire de la beauté, le corps et l'art d'embellir, Seuil, UH, 2004.

<sup>358</sup> BORNSTEIN Kate, *On men, women and the rest of Us*, New York, Routledge, 1994.

<sup>359</sup> SENGENES Sébastien, « D'un genre à l'autre : identité refusée, identité abandonnée » *Terrain* n°42, Homme/Femme, 2004

Parallèlement, en revendiquant la possibilité technique d'obtenir un rapport sexe/genre non conforme aux exigences psychiatriques et juridiques (en revendiquant un changement de genre sans stérilisation par exemple) les Trans développent des agencements corporels qui, en France comme dans de nombreux états, restent inaudibles. Les formes et les fonctions du corps étant des espaces de lourdes tensions normatives, ce qui est vrai pour les personnes Trans aujourd'hui l'est aussi pour d'autres groupes comme les femmes par exemple.

Comme l'annonce Foucault, le corps reste un site privilégié des rapports de pouvoirs<sup>360</sup>, de leur exercice et des ripostes qu'ils génèrent. En ce sens, la transsexualisation<sup>361</sup> des demandes de changement de sexe pourrait s'apparenter à une technologie de pouvoir sur le corps à laquelle les Trans n'échappent pas, mais qui ne s'incorpore pas pour autant à l'identique chez tous. Ces contrôles sur le corps connaissent inévitablement des « zones d'incertitudes », des instants ou des espaces où le pouvoir, qui au sens de Foucault est aussi un savoir, donnent lieu à des contournements sinon à des déprises. Le pouvoir n'étant pas l'apanage des « dominants », il se diffuse, s'applique plus qu'il ne se possède. Et ce faisant, il permet d'entrevoir des contre-propositions qui prennent appui sur ces mêmes savoirs. Le corps ne ressort donc jamais de ces relations dans des formes identiques à celles qui l'ont créé.

Le premier exemple d'innovations corporelles (et de contraintes qui apparaissent), pourrait être l'absence de proposition convaincante en France concernant la technique de la métaoïdioplastie<sup>362</sup> et sa présentation raccourcie par la H.A.S<sup>363</sup> dans son rapport sur la transsexualité<sup>364</sup>. En effet, la technique est presque toujours évoquée en tant que conséquence de l'hormonothérapie, mais jamais dans son intégralité en tant que moyen alternatif à la phalloplastie. Illustrant « l'androcentrisme des sciences », Julie Guillot et Emmanuelle Beaubatie écrivent :

---

<sup>360</sup> FOUCAULT Michel, « Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur du corps », *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, p. 228, 2001.

<sup>361</sup> HERAULT Laurence, « Constituer des hommes et des femmes : la procédure de transsexualisation », *Terrain* n°42, Homme/Femme, 2004

<sup>362</sup> « Dans cette technique le clitoris, hypertrophié à la suite de l'hormonosubstitution masculinisante, est désenfoui et modelé pour constituer un pénis de petite taille. Une éventuelle uréthroplastie peut y être associée. L'utilisation de prothèses érectiles, et donc la pénétration, est généralement impossible. » Rapport de la HAS « Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme » (2009) p.133

<sup>363</sup> Haute Autorité de Santé

<sup>364</sup> Op. cit.

*« On parle de phalloplastie lorsqu'il s'agit de construire un pénis à un trans, mais de pénoplastie concernant l'allongement d'un pénis bio ou sa réparation après un accident ou une malformation. Le terme phallus ne signifie pas nécessairement, pour les psys et les médecins, un symbole de pouvoir, mais plutôt une unité fantasmatique, imaginaire : un « faux pénis », un artifice, une greffe. Finalement, le sexe issu de la phalloplastie n'est pas plus un pénis qu'un godemiché, dans la perception de certains professionnels. On peut y voir une résistance à admettre la possibilité de fabriquer un sexe masculin à partir d'un sexe féminin, alors que l'inverse est admis, et que l'on entend souvent des propos admiratifs sur la technique concernant les vaginoplasties. La métaïdioplastie, signifie littéralement « construire à partir de »... Ce mot imprononçable et obscur ne dit finalement rien de plus que la possibilité de fabriquer un pénis à partir d'un clitoris : un procédé qui se rapproche beaucoup de la vaginoplastie. Parmi les psychiatres que j'ai interrogés, pas un ne connaissait la métaïdioplastie, et ce qui est plus intéressant aucun n'a cherché à savoir de quoi il s'agissait... »<sup>365</sup>*

Lors d'un entretien avec un chirurgien français, à propos de la technique de métaïdioplastie, j'entrevois les mêmes réticences : *« Je sais que cela se fait (ailleurs en France), mais je ne la pratique pas. Elle n'apporte pas vraiment de résultats. Quelques centimètres au mieux. Mais je conseille toujours mes patients de s'orienter vers une phalloplastie. Nous en effectuons depuis plusieurs années et les retours que nous avons sont bons. »*

En France, seule l'équipe protocolaire de Lyon propose à ce jour la technique de la métaïdioplastie. Pour les autres FtM passant par les protocoles hospitaliers, aucune autre option ne leur est proposée sinon l'ablation unique des ovaires et de l'utérus par le biais d'une hystérectomie. De ce point de vue, force est de constater que la multiplication des demandes transidentitaires (notamment chirurgicales et hormonales) permet d'observer un premier débordement : avec les phénomènes Trans, le corps devient *un laboratoire de la réalité*<sup>366</sup> dans lequel les productions plastiques débordent des normes répétées sur les formes et sur les fonctions du corps genré et sexué.

---

<sup>365</sup> BEAUBATIE Emmanuelle, « L'invisibilité FtM : aspects sociaux et politiques », *La transidentité : des changements individuels aux débats de société* (sous la dir. d'A. Alessandrin), L'Harmattan, 2011

<sup>366</sup> PRECIADO Beatriz, *Testo-junkie*, Grasset, p.33, 2008.



Les « technologies de genre » qui saisissent le corps et dont le corps se saisit créent du réel, le transforment. Les avancées des techniques et des sciences n'ont pas simplement le pouvoir de dire le réel, mais aussi de le performer. L'homme et la technique se frôlent en des frontières poreuses développant de nouveaux modes d'individuation et de subjectivation<sup>367</sup>. Autrement dit, ce qui était extérieur au corps, mais promis à une rencontre avec lui, s'intègre à ce dernier, « fait corps », et produit simultanément une nouvelle corporéité. La technique n'est pas externe au corps de l'individu et elle ne peut se retrouver dans une nette opposition culture/nature. Exosquelettes ou « dick-clit »<sup>368</sup>, le corps et la science exhortent des « accouplements fertiles » allant jusqu'aux « fictions cyborgiennes ». Selon Bruno Latour, « *les groupes sociaux ne précèdent pas et ne constituent pas la technique, mais émergent avec elle* ». Le corps moderne devient alors un support inéluctable à cette coproduction technicisée de la modernité, à l'image du biopouvoir de Michel Foucault, dont il est tour à tour la cible et l'écho.

L'exemple de Thomas Beatie, que la presse a largement titré comme le cas de « l'homme enceinte », est une illustration parfaite de cela. Thomas Beatie Trans FtM (Female To Male), a subi une ablation mammaire et suit un traitement à base de testostérone. Sa compagne ne pouvant avoir d'enfant, le couple décide d'une insémination artificielle et ayant conservé ses organes reproducteurs, Thomas décide de porter l'enfant. Après avoir arrêté son traitement hormonal, l'insémination artificielle a lieu. Le 29 juin 2008 il accouche de Susan. Le 9 juin 2009, il donne naissance à un second enfant. Renversant non plus uniquement les normes de genre, mais avec elles les normes de parentalité et de filiation, Thomas Beatie déploie tout ce que les « technologies de genre » peuvent comprendre de contraintes et d'actions. Dans ce cas, la technique est partout, elle ne se limite pas à l'insémination. Elle comporte une dimension discursive et performative du réel, elle dit du corps qu'il est modulable, à inventer, à investir. Mais les technologies de genre passent aussi par des réseaux d'informations et de communications qui font de Thomas Beatie l'homme qui est tombé enceint dans les médias<sup>369</sup>. Les technologies de genre sont bien évidemment les techniques médicales et chirurgicales, mais elles se déploient sans oublier de renverser des symboles psychanalytiques forts, appareillages techniques prégnants.

---

<sup>367</sup> QUEVAL Isabelle, *La corps aujourd'hui*, Folio, 2008, p.337

<sup>368</sup> Se dit d'un clitoris transformé en pénis sous l'action d'hormones et/ou d'une métaiodioplastie.

<sup>369</sup> Avant lui, un autre américain, Matt Rice avait porté son enfant mais n'avait pas médiatisé son cas.

Paradoxalement, alors qu'elle offre au corps une possibilité de changement, la « transsexualité » impose des formes corporelles et ampute des fonctions aux corps. Le programme du « transsexualisme » impose par exemple que l'individu soit dans l'incapacité de se reproduire. Impossibilité rendue caduque si l'intéressé décide préalablement de congeler son sperme dans le but d'une insémination artificielle post-opératoire sur une mère porteuse.

C'est ce qu'exprime Sophie, 54ans, militante Trans et militante dans un C.G.L.<sup>370</sup> :

*« On a déjà eu des cas de copines qui sont tombées enceintes alors qu'elles prenaient des hormones. Lorsque l'État va se confronter aux premiers cas de transgenres enceint, c'est déjà arrivé aux États-Unis, mais là je parle de la France, et bien ça risque de bousculer les choses. T'imagines : on nous hormone en nous faisant croire à la stérilité et des copines sous hormonothérapie vont se faire avorter ! [ ...] Mais il suffit de congeler son sperme avant de se faire opérer pour s'assurer une descendance. J'imagine déjà la tête du médecin à qui on va demander un test de paternité au nom de « madame ». J'en rigole mais c'est sur le point d'arriver. Tout psychiatres qu'ils sont ils n'y pourront rien ! »*

Alex, jeune Mt\*<sup>371</sup> a sa vision bien particulière de la transition. Et pour cause, si Alex est Trans c'est à sa manière : quelques hormones féminisantes prises à des amies transsexuelles lui ont permis de quelque peu muer et de diminuer sa pilosité : *« J'ai arrêté les hormones, j'ai eu ce que je voulais et je ne veux pas changer de sexe »*. Zack est quant à lui dans une toute autre démarche. Lui, ce qu'il veut c'est une mammectomie. Et le plus rapidement possible. Il utilise donc des bandes de tissu souples pour aplatir sa poitrine et prend régulièrement de la testostérone en gel pour développer sa pilosité. Zack a 19 ans. Il est certain de son identité depuis plusieurs années, mais ne souhaite pas pour autant bénéficier (si le terme est exact, car ses peurs quant à cette opération sont nombreuses et les risques avérés) d'une phalloplastie. Zack réfute l'étiquette de transsexuel. Il se dit Transboy et queer. Transboy plutôt que FTM, car *« je ne sais pas bien ce que ça veut dire «homme»*. Queer parce que *« ça signifie bizarre et c'est vrai que je suis un peu bizarre (...) Et puis qu'est ce que ça peut faire avec qui je couche, si je couche, quel sexe j'ai... »*

---

<sup>370</sup> Centre Gai et Lesbien

<sup>371</sup> On emploie le « \* » pour désigner une transition qui ne connaît pas, dans l'absolu ou pour l'instant, de destination de genre étiquetable comme « male » ou « female ».

Les hormones ne suffisent parfois pas à formuler une identité sexuée. L'opération peut être alors une solution. Cependant, la finalité et le processus de changement ne se présentent pas comme uniformes : changer anatomiquement de sexe ne signifie pas la même chose pour tous. Ainsi, la question esthétique, sexuelle ou fonctionnelle est plus ou moins mise en avant par les candidats à l'opération. Bien évidemment, selon que l'on soit MTF ou bien FTM, les demandes sont plus ou moins corrélées aux savoirs-faire de l'équipe soignante. Aussi, la finalité de l'opération ne s'exprime pas toujours de la même façon : dois-je avoir un nouveau sexe pour être une « vraie » femme ou un « vrai » homme ? Ai-je un nouveau sexe par confort ? Me suffit-il d'effectuer une torsoplastie<sup>372</sup> ?

Les parcours transidentitaires protocolaires sont pensés pour réinstaurer de la binarité, de l'entièreté et de la fixité. Être certain de ne plus jamais changer. Changer pour être « homme » ou pour être « femme », mais pas « autre chose ». Et changer tout ! Une poitrine ne permet pas d'être psychiatriquement et juridiquement considérée comme « femme ». Ce que nous pourrions nommer « l'affaire Delphine Ravisé-Giard » en est une parfaite illustration. Delphine demandait un changement d'état civil<sup>373</sup> sans pour autant fournir les papiers relatifs à sa stérilisation, chose obligatoire en France. Ayant indéniablement l'apparence féminine et étant reconnue comme telle par son entourage et son employeur, Delphine poursuit la procédure de changement d'état-civil. Mais « *en l'absence de pièces démontrant l'irréversibilité du processus du fait d'une hormonothérapie et d'opérations plastiques telles que, par exemple, la pose de prothèses mammaires et une modification esthétique du visage, il ne paraît pas qu'il puisse être fait droit à la requête de l'appelant* »<sup>374</sup> écrit le procureur de Nancy qui lui avait préalablement refusé un simple changement de prénom.

Si les parcours Trans morcellent les étapes du changement, ils fragmentent aussi le corps, qui ne se vit plus nécessairement comme un tout organique pour lequel ôter un élément implique de tout changer. Cela signifie que les contres propositions portées par l'ensemble des corps Trans, et non seulement ceux étiquetés comme transsexuels par un protocole hospitalier, véhicule des agencements corporels singuliers.

---

<sup>372</sup> Opération de mammectomie dans le but de construire un torse.

<sup>373</sup> Lire à ce propos : « Les seins font-ils la femme » (article du 04/06/2010) sur [www.yagg.com](http://www.yagg.com)

<sup>374</sup> YAGG : « Les seins font-ils la femme ? », 4 juin 2010.

Dans « Technotesto : biopolitiques des masculinités tr(s)ans hommes »<sup>375</sup>, Marie Helene Bourcier écrit :

*« Compte tenu des réappropriations dont font actuellement l'objet des technologies biopolitiques comme l'autobiographie et la prise d'hormones par les transhommes » elles conduisent à « une réinvention du corps et des sexualités. In fine, c'est une nouvelle prolifération [...] des corps inédits qui se profile et dont ne sauraient rendre compte des approches s'appuyant sur une domination aliénante »*

Ces performances sont riches de sens : elles indiquent, elles rassurent ou elles déconstruisent. Selon Béatriz Preciado « *La vérité du sexe n'est pas dévoilement : elle est sexdesign.* »<sup>376</sup>. C'est ce qu'exprime Pat Califia dans son texte « Sexe et utopie » :

*« Je me force à m'habiller devant ma glace. Je n'ai pas encore l'habitude de faire ce genre de chose ; j'ai les mains qui tremblent et qui sont moites. Mais ça devient de plus en plus facile alors que la transformation avance. D'abord le harnais avec godemiché que j'ai fabriqué avec deux lanières de cuir, une qui passe autour de ma taille et une autre dans l'entrejambe. Les deux sont attachées devant à un anneau qui maintient le godemiché qui devient ma bite. (...) Je ne me sens plus comme une femme. La sémiotique a changé. Mes cheveux longs, par exemple, ne sont plus ceux d'une femme, mais ceux d'un motard. Et puis il y a ma bite : je peux la prendre, la toucher »*<sup>377</sup>.

Les prothèses sexuelles comme les pratiques sexuelles permettent ainsi de créer un équipement identitaire alternatif aux formes et aux fonctions du corps traditionnellement admises. L'exemple intersex' est de ce point de vue éclairant. En effet, la clinique intersex'<sup>378</sup> assigne, par la chirurgie ou par les hormones, un sexe ou un genre, dont ni l'enfant ni les parents ne décident vraiment<sup>379</sup>.

---

<sup>375</sup> BOURCIER Marie Helene, « Technotesto : biopolitiques des masculinités tr(s)ans hommes », Les fleurs du mâle, *Les cahiers du genre*, 2009, L'Harmattan.

<sup>376</sup> « Testo-Junkie, sexe drogue et biopolitique », p.35, *op. cit.*

<sup>377</sup> CALIFIA Pat, *Sexe et Utopie*, La musardine, 2009

<sup>378</sup> GUILLOT Vincent, « Intersexes : ne pas avoir le droit de dire ce que l'on ne nous a pas dit que nous étions », A qui appartiennent nos corps, *Nouvelles questions féministes*, Antipodes, vol.27, n°1, 2008.

<sup>379</sup> KRAUS Cynthia, « Démédicaliser les corps, politiser les identités: convergences des luttes féministes et intersexes », A qui appartiennent nos corps, Édito, *Nouvelles questions féministes*, Antipodes, vol.27, n°1, 2008.

Lorsque le mouvement intersex' définit, à l'encontre des préconisations de John Money<sup>380</sup>, des pratiques visant à permettre à l'enfant de choisir son sexe, son genre, lui donner du temps ou lui permettre de ne pas choisir, la définition de l'intersexuation va basculer de « l'anomalie » à la « variation biologique », le sexe étant décrit comme « une catégorie discontinue pour une réalité continue ». Ainsi pour l'*UK Intersex Association* il s'agira plutôt de « variance physique ». L'ISNA<sup>381</sup> parlera quant à elle de « catégorie socialement construite renvoyant à une différence biologique » et l'OII<sup>382</sup> de « degrés d'intersexuation » qui « sont autant d'aspects de la variation », le sexe étant décrit comme un « continuum de variabilité ». Dans le cas de l'intersexuation, militants et activistes ont su, comme pour la transidentité, proposer des définitions de soi nouvelles et investir leurs corps quitte à aller à l'encontre des préconisations médico-sociales. Dans une interview, De Lagrace Volcano écrit :

*« À la puberté, mon corps ne s'est pas développé selon des lignes féminines ordinaires. J'ai commencé à avoir de la barbe. Mon sein gauche s'est surdéveloppé et mon sein droit ne s'est pas du tout développé autant. Le côté droit de mon corps produit moins de poils que le gauche. À dix-sept ans, on m'a opéré. J'ai demandé que le sein gauche soit ramené à la taille de mon sein droit, qui était très petit, un petit bonnet A. Ma mère avait de très petits seins et c'est cela que je voulais. Le chirurgien, un homme, le docteur Jorgensen, a décidé à ma place que je devais avoir de gros seins et a seulement réduit un peu le gauche et a mis un implant de silicone dans le droit. C'était intéressant parce que c'était un peu comme si on me recréait comme femme. Alors j'ai essayé de me dire "Ok. Je vais vivre en accord avec ça" parce que non seulement j'étais de sexe féminin, mais avec un certain corps, de longs cheveux flottants. Alors j'étais aussi très féminine. Bien que je ne le sois pas. Je n'ai pas choisi d'avoir une barbe, mais j'ai choisi ce que j'en ai fait. »<sup>383</sup>*

---

<sup>380</sup> Cf p. 26

<sup>381</sup> Intersex Society of North America

<sup>382</sup> Organisation Internationale des Intersex

<sup>383</sup> DEL LAGRACE Volcano, (entretien par Marie Helene Bourcier), magazine Dildo n°4, p.4, novembre 2003.

Dans un dossier de l'Observatoire Des Transidentités, Vincent Guillot, président de l'OII (Organisation internationale des Intersex') revient sur son parcours :

*« Je n'en veux à personne, pas même aux médecins, car je sais maintenant qui je suis, je peux me dire donc j'existe. Simplement, les médecins ont abîmé mon corps et sont intervenus physiquement sur mon corps pour anticiper la souffrance psychologique présumée de mes parents, déplaçant ainsi la question et créant chez eux une souffrance bien plus lourde et durable. Le traitement médical de l'intersexualité ayant cette particularité d'intervenir physiquement sur le corps sain, mais non conforme d'un tiers (l'enfant) pour réduire la souffrance psychologique d'un autre tiers (les parents) [...] Plus que tout nous souffrons de ne pas exister, du fait que les médecins ne savent ou ne veulent pas nous dire franchement qui nous sommes et modifient nos corps sans notre consentement sans même réellement celui de nos parents [...] La question intersexe est avant tout épistémologique, elle s'inscrit dans l'histoire de la médecine, dans celle de l'assujettissement des corps... »<sup>384</sup>*

« Enfin savoir qui l'on est » ou « avoir choisi ce que l'on fait de son corps » recompose les scripts identitaires à l'aune de nouvelles corporités. La question de l'identité médicalisée, celle relative au « pourquoi suis-je ainsi ? », laisse alors sa place à la question de la prononciation de soi, celle relative au « comment vais-je être qui je suis ? », l'être ne pouvant s'appréhender qu'en mouvement. De ce point de vue, le lexique médical est saisi par ses contradictions que les acteurs mettent à jour.

---

<sup>384</sup> GUILLOT Vincent, « Mon corps a-t-il un sexe ? », dossier « Identités intersex et identités multiples en débat ». Disponible sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/>

### **1.5.3 De la « souffrance » aux « épreuves » : un nouveau panel sémiotique**

La multiplication des résistances et des reconfigurations corporelles se lie immédiatement d'un foisonnement grammatical de la subversion. En ce sens, l'observation des minorités, des « sujets excentriques » pour reprendre Teresa de Lauretis<sup>385</sup>, prouve le genre et toutes les technologies de genre (les savoirs, les pratiques, les codes), comme malléables<sup>386</sup>. Et avec lui, nous pourrions postuler que l'ensemble des identifications de sexe et de genre deviennent plastiques. Or, les codes sémiotiques (« sémiotiques » écrit Béatriz Préciado) du « se dire Trans » sont prioritairement associés à ceux du « se dire transsexuel dans un protocole ». La transsexualité est ainsi socialement et juridiquement associée à un changement de sexe anatomique. Par conséquent, la question de la représentation des corps Trans est devenue l'enjeu d'un conflit entre objectivations aliénantes de l'imagerie médicale d'une part et performances (notamment linguistiques) de resignification par les personnes concernées d'autre part, dans un souci de représentation de soi se déclinant de la sphère médicale à la sphère politique. Si la transsexualité demandait historiquement à être écoutée, c'est-à-dire aussi reconnue, les transidentités qui se développèrent par la suite n'avaient de cesse de réaménager, voir de renverser, les contours d'une définition et d'une identité médicalisée. Queer, Transsexuels, Unknowns, Genderqueer, Bigenres, Transgenres : il y a autant d'étiquettes mobilisables qu'il y a d'expériences vécues. Pour le dire autrement, les registres discursifs de présentation et de définition de ce qu'est « être Trans » sont irréductibles aux codifications psychiatriques. En dé-psychiatrisant les identités, les populations Trans opèrent un déplacement du « médical » aux revendications culturelles, faisant basculer les revendications Trans dans de nouvelles arènes telles la politique ou le juridique. Judith Butler dans « Le récit de soi »<sup>387</sup>, montre bien que « *la capacité narrative est une pré-condition pour rendre compte de soi* ». Dans cette conception l'individu, en tant qu'être relationnel, se construit dans des « scènes d'interpellations » (soit : des interrelations, des interactions). Mais comment se prononcer si « *je suis pour ainsi dire dépossédé des mots que j'offre* ».

---

<sup>385</sup> LAURETIS Teresa (de). *Théorie queer et cultures populaires. De Foucault à Cronenberg*, La dispute, 2007.

<sup>386</sup> Lire par exemple la liste des marqueurs de virilité que Virginie Despentes tourne en dérision. DESPENTES Virginie, *King Kong Théorie*, Grasset, 2006, p.126.

<sup>387</sup> BUTLER Judith, *Le récit de soi*, PUF, 2007.

En effet je me soumetts, en les utilisant, à une norme langagière que je n'ai pas façonnée. Ce qui devient alors constitutif d'un processus d'identification à un genre ou à un sexe est la dynamique nominative que l'on emploie et les représentations qui lui sont associées. C'est cette indispensable réappropriation syntaxique qu'évoque Henri Michaux<sup>388</sup> dans son poème « Mouvements » :

*« Signes des dix milles façons d'être en équilibre dans ce monde mouvant qui se rit de l'adaptation / Signes surtout pour retirer son être du piège de la langue des autres faite pour gagner contre vous comme une roulette bien réglée qui ne vous laisse que quelques coups heureux et la ruine et la défaite pour finir qui y étaient inscrite, pour vous comme pour tous, à l'avance / Signes non pour retour en arrière, mais pour « passer la ligne » à chaque instant / Signes non comme on copie, mais comme on pilote ou, fonçant inconscient, comme on est piloté. Signes non pour être complet, mais pour conjuguer, pour être fidèle à son « transitoire » / Signes pour retrouver le don des langues, la sienne au moins que, sinon soi, qui la parlera ? Ecriture directe enfin pour le dévidement des formes, pour le soulagement, le désencombrement des images dont la place publique-cerveau en est ce temps particulièrement engorgé. »*

Contre cette fragilité discursive (Judith Butler dans « Le pouvoir des mots »<sup>389</sup> emploie le terme de « *vulnérabilité linguistique* »), les populations Trans investissent le champ des grammaires corporelles. Je ne surestime pas ici l'efficacité des actes de langage. Si « dire c'est faire »<sup>390</sup>, nous sommes en mesure de nous poser la question sous-jacente de savoir « à quelles conditions puis-je faire quelque chose de ce qui est fait de moi ? »<sup>391</sup>. Du point de vue de l'individu, la question nominale est intrinsèquement liée à celle de « reconnaissance », à la fois de soi, pour soi et par autrui. Selon Judith Butler : « *s'entendre dire que votre vie genrée vous condamne à une vie de souffrance est en soi inexorablement blessant* » « *c'est une parole qui pathologise et la pathologisation fait souffrir* »<sup>392</sup>.

---

<sup>388</sup> MICHAUX Henri, « Mouvements », *face aux verrous*, poésies/Gallimard, 1992.

<sup>389</sup> BUTLER Judith, *Le pouvoir des mots*, Amsterdam, 2004.

<sup>390</sup> AUSTIN John, *Quand dire c'est faire*, Éditions du Seuil, Paris, 1970.

<sup>391</sup> BELLEBEAU Brigitte, « À quelles conditions puis-je faire quelque chose de ce qui est fait de moi ? », « Le désir de reconnaissance : entre vulnérabilité et performativité », 10 février 2011, MSHA, Bordeaux 3.

<sup>392</sup> BUTLER Judith, *op. cit.*



On s'opposera ici à Colette Chiland qui écrivait à propos des transsexuels que : « *tous souffrent* »<sup>393</sup>. Il s'agit donc de déployer ce qui peut l'être dans une volonté de déprise avec les mots et les significations que l'on rejette. De fait, d'après Judith Butler : « *Si mon faire dépend de ce que l'on me fait, ou plutôt des manières dont je suis faite par les normes, alors la possibilité de ma persistance en tant que « je » dépend de ma capacité à faire quelque chose avec ce que l'on fait de moi.* »<sup>394</sup>.

La « maltraitance théorique » passant inévitablement par les mots appliqués aux corps, on assiste, suite à une longue histoire allant du féminisme aux mouvements LGBT, aux renversements de ces disqualifications. L'histoire du mot « queer » est d'ailleurs cette histoire : celle d'un renversement du stigmat. Pour Maud Yeuse Thomas, « *Surgissant d'une discrimination sociétale organisant le clivage majorité/minorité, le queer agit dans un retournement d'une insulte en fierté, d'individus discriminés en socialités, identités, propositions théoriques et pratiques.* »<sup>395</sup>. Le queer est d'abord un instant de réappropriation de l'insulte (« pédé » « bizarre »)<sup>396</sup>. En ce sens il est un outil de résistance. Puis il devient un espace de déconstruction des allants de soi producteurs de hiérarchies, d'inégalités, d'invisibilités et d'empêchements. C'est donc à la fois un lieu de résistance pratique et théorique qui, mettant à jour des leviers de requalification identitaire, individuelle et collective, a su recomposer l'histoire récente du militantisme Trans.

Si des mots sont préjudiciables, ces derniers ne sont jamais totalement irréfragables. Les re-significations pourtant ne sont jamais simples. Il faut certes des mots, des propos, un groupe pour qui cela fait sens, mais aussi la force de les tenir et de les endosser. Les contre-propositions formulées par les acteurs fournissent à ceux qui sont relégués vers « l'abject » les moyens de « positiver le stigmat ». Et si les juges étaient à ce point étrangers à l'univers qu'ils (dis)qualifient, que leurs jugements ne soient plus reconnus ?<sup>397</sup> Ici nous sommes dans le double sens d'Outsider : celui qui est jugé comme déviant peut ne pas endosser l'étiquette de la « déviance » et penser, au contraire, que ce sont les normes qui le jugent qui sont inadéquates.

---

<sup>393</sup> Dans « Changer de sexe » Colette Chiland écrit « *Tous souffrent, ils sont même si pathétiques qu'ils finissent par entrainer les médecins dans un affolement de la boussole du sexe* ».

<sup>394</sup> Op.cit.

<sup>395</sup> THOMAS Maud Yeuse : « Questions Trans, Questions Queers », Observatoire Des Transidentités. Disponible sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com>

<sup>396</sup> D'où le titre d'Eve Kosofsky Sedgwick : "*How to Bring Your Kids Up Gay*," (Tendencias, Duke UP, 1993)

<sup>397</sup> BECKER Howard S., *Outsider*, Métailié, p.25, 1985.

Il se parlerait alors des formes qui ne sont pas encore légitimes, mais qui produisent des formes de légitimations futures. Dans une optique « queer », une nouvelle conception du sujet passe donc par une réaffirmation de ce dernier : l'individu en tant qu'auteur, l'individu en tant qu'acteur. Non pas sans la contrainte, sans les assignations, mais en lutte contre et de par ces dernières. Sortir de la pathologie, sortir de la souffrance, c'est donc reconnaître la place de l'humain en tant qu'actant, au sens de Bruno Latour, c'est-à-dire en tant qu'être, non pas soumis à une asymétrie, mais ayant une faculté d'agir<sup>398</sup> en relation. Non pas qu'il faille impérativement « sortir de la souffrance », puisqu'en tant qu'élément de reconnaissance, la souffrance peut-être perçue par certains comme un élément précieux du discours et de la visibilité ; mais il faut néanmoins souligner la nécessité, portée par les acteurs, d'être prononcés et de pouvoir se prononcer dans des régimes de discours qui ne soient pas perfusés de pathologie ou de maladie. Dans un récent sondage d'HES<sup>399</sup> sur cette question, il est noté que si 46% des jeunes Trans de plus de 20ans considèrent leur transidentité comme une souffrance, 35% la considèrent comme un enrichissement et 24% comme un épanouissement<sup>400</sup>. Mieux, une alternative à la souffrance, à l'identité de malade, permet de créer un espace, résolument indispensable, dans lequel la parole de ceux qui sont perçus comme anormaux n'est pas immédiatement délégitimée (pour des raisons de prétendue folie ou d'objectivité). Dans « 2 lesbotrans se posent des Q », Karine Espineira et Maud Yeuse thomas écrivent : « Il y a la psy qui dit qu'il n'y a que deux sexes et rien d'autre. Donc nous on est supposé être dans le « rien d'autre », grosso modo dans le « nulle part ailleurs »<sup>401</sup>. On pourra revenir plus longuement sur la manière dont les concepts psychanalytiques et psychiatriques exercent des maltraitements du moment où ils sont porteurs de disqualifications sociales et où ils sont mobilisés comme des éléments de justification à des hiérarchies et inégalités. Ainsi, « sortir de la souffrance » revient aussi à relativiser le poids et la nécessité de certains concepts dans l'analyse des phénomènes observés ou vécus. Surtout, en lisant « Forgé par l'épreuve »<sup>402</sup> et « Grammaires de l'individu »<sup>403</sup> de Danilo Martuccelli, il m'est apparu la possibilité de rendre compte des parcours Trans sans faire appel au concept de « souffrance » dont semblent vouloir se débarrasser de nombreux militants.

---

<sup>398</sup> LATOUR Bruno, 2006, *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, La Découverte.

<sup>399</sup> Homosexualité Et Socialisme

<sup>400</sup> (Plusieurs réponses possibles) Sondage disponible sur : [http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Rapport\\_Prelim\\_Enquete\\_JeunesTrans\\_Avril2009\\_Vfinal.pdf](http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Rapport_Prelim_Enquete_JeunesTrans_Avril2009_Vfinal.pdf)

<sup>401</sup> ESPINEIRA Karine, THOMAS Maud Yeuse, « 2 lesbotrans se posent des Q », *Q comme Queer*, GKC, 1997.

<sup>402</sup> MARTUCCELLI Danio, *Grammaire de l'individu*, Gallimard, 2002.

<sup>403</sup> MARTUCCELLI Danilo, *Forgé par l'épreuve, l'individu dans la France contemporaine*, Armand Colin, 2006.

Dans son chapitre « *Et il faudrait que je me plaigne ?* »<sup>404</sup>, à propos de sa rencontre avec un psychiatre, Karine Espineira écrit « *Je ne faisais pas assez trans, je ne me plaignais pas assez, je ne lui parlais pas de mes problèmes. Mais bon, je ne vais quand même pas m'inventer des problèmes !* ». Retenons cette idée précédemment énoncée qu'associer transidentité et souffrance n'est pas une promesse réjouissante. La littérature médicale regorge pourtant du champ médical de la souffrance et de l'anormalité pour qualifier le « transsexualisme » : « *Le transsexualisme est une affection rare, mais qui génère un désarroi existentiel majeur.* »<sup>405</sup> ; « *Le transsexualisme se situe au carrefour, à la limite de toutes les pathologies* ».<sup>406</sup>

À l'inverse, l'implicite de la « souffrance » n'est pas indispensable dans l'appréhension d'une « épreuve ». Les « épreuves » sont, selon Martuccelli, introduites par la « *béance de la modernité* ». Les Trans sont en ce sens le produit de la modernité en même temps qu'ils produisent de nouveaux éléments constitutifs de cette modernité. Alors qu'« *aucune unité ne semble résister à la multiplication des parcours* »<sup>407</sup>, l'analyse de ces nouveaux éléments s'effectue encore selon des théories surplombantes, tentant d'éviter la *fragmentation*, et pour lesquelles « *le sens est donné d'emblée* ». « *On ne peut dès lors prendre en compte les difficultés des acteurs qu'en terme de souffrance, de perte de sens, de désorientation* »<sup>408</sup> écrit Danilo Martuccelli. C'est pour cela qu'il ne faudra pas présupposer du sens des « épreuves » en les rabattant immédiatement sur de la souffrance. Laissons aux acteurs opérer des résolutions « *biographiques aux contradictions systémiques* »<sup>409</sup>. Parler d'épreuves c'est ne pas en présupposer la finalité. Si l'on peut tendre médicalement à faire disparaître la souffrance, on ne peut tendre biographiquement qu'à résoudre les tensions inhérentes aux épreuves et, ce faisant, à en faire apparaître de nouvelles. Les solutions institutionnelles et les métarécits sociaux ne fonctionnant plus de manière aussi forte qu'avant, il revient à l'individu, situé dans un espace d'opportunités et de contraintes, de résoudre ces épreuves en les requalifiant, en s'y confrontant ou en les contournant. Dans un contexte où les frontières entre le « sain » et le « pathologique » sont redistribuées, parler d'épreuve fonctionne comme un nouvel outil de dépsychiatriation des pratiques et des identités minoritaires.

---

<sup>404</sup> ESPINEIRA Karine, THOMAS Maud Yeuse, « 2 lesbiens se posent des Q », Op. cit.

<sup>405</sup> Thierry Gallarda, Le syndrome de transsexualisme : aspects cliniques et perspectives thérapeutiques, in Encéphale, septembre-octobre 1997

<sup>406</sup> Jean-Marc Alby, cité par Colette Chiland, Que sais-je ?, éditions PUF, Paris, 2003, p. 68

<sup>407</sup> MARTUCCELLI Danilo, *Grammaire de l'individu*, Gallimard, 2002.

<sup>408</sup> Ibid p.22

<sup>409</sup> BECK Ulrich, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, p.293



## **II° CARRIÈRES TRANS : LA DYNAMIQUE DES IDENTIFICATIONS DE GENRE**

Nous venons de voir que les transidentités avaient divorcé des définitions cliniques du transsexualisme et que ce qui faisait tenir les protocoles hospitaliers en France ne provenait plus du droit ou des catégories psychiatriques, mais du monopole qu'ils exercent dans les parcours Trans remboursés. En ce sens, le « transsexualisme » a laissé place à une pluralité de transidentités, contrariantes du point de vue du « programme transsexuel » puisqu'elles promettent, sous la forme d'expressivités multiples et de revendications fortes, une redéfinition des cadres habituels de prononciation des corps genrés et sexués. Ce glissement du « transsexualisme » aux devenirs Trans, à la multiplication des parcours de vies et des expériences d'identifications de genre, signe une nouvelle manière d'appréhender la question Trans, du côté des personnes concernées ; au plus près de leurs expériences. Les tensions inhérentes au changement de genre ne sont plus saisies « par le haut » et trouvent des modes de résolutions individuels et collectifs qui ne sont plus rabattables uniquement sur les expériences protocolaires. C'est donc de par les subjectivités et les stratégies Trans qu'il s'agira d'observer les contournements, les évitements, les négociations à l'œuvre à l'intérieur des protocoles, mais aussi à l'extérieur des cadres médicaux par exemple au sein des couples Trans, des associations Trans ou du rapport qu'entretiennent les personnes Trans avec l'expérience de la transphobie.

Rompre avec la continuité du transsexualisme c'est envisager une double disjonction : celle qui assigne à un protocole une fin pré-ordonnée et repenser les protocoles en termes de « parcours ». On passe alors de la recherche des causes à l'exploration des devenirs. Dans « The homosexual role » McIntosh<sup>410</sup> disait : « *Il y aurait tout autant de sens à établir l'étiologie de « présidence de comité » ou de « l'appartenance à une église » que de « l'homosexualité »*. Il en va vraisemblablement de même pour la transidentité. En ne regardant plus uniquement les « causes » on laisse grande ouverte la recherche des devenirs. Selon Deleuze<sup>411</sup>, les devenirs signifient qu'à mesure que quelqu'un se transforme, ce qu'il devient change aussi. C'est donc une fusion entre un présent et un devenir qui dans une acception deleuzienne n'est jamais une reproduction à l'identique mais un ensemble de créations singulières, ni parodies ni assimilations mais double capture. La philosophie du devenir, ou plutôt des devenirs, car le champ est pluriel, impose de défaire l'être de ses identités figées<sup>412</sup>. Si le devenir n'est jamais un parfait synonyme du désir il en ressort néanmoins que le devenir comporte une part de volonté du sujet eu égard à ce devenir là. C'est en ce sens que Deleuze et Guattari énoncent les « *n sexes du sujet (...) libéré des ornières et (...) expression de la multiplicité en soi* ». <sup>413</sup> Nous pourrions de même évoquer les « n genres du sujet ». C'est ainsi que le concept Beckerien de « carrière »<sup>414</sup> s'impose comme un concept analytique précieux. Murielle Darmon<sup>415</sup> en souligne d'ailleurs les apports en opposition notamment avec une orientation neuropsychiatrique, car la « carrière » est dynamique et n'est jamais irrémédiablement produite, mais plutôt en train de se produire. Si la démarche causale « interrompt le mouvement » selon l'expression de Françoise Sironi<sup>416</sup>, l'analyse des devenirs rend, contrairement à ce que postule Pierre Henri Castel<sup>417</sup>, pensable la métamorphose.

---

<sup>410</sup> MC INTOSH Mary, *The homosexual role*, Social problems, 1968 Lire aussi BROQUA Christophe, « Le rôle homosexuel [1968] » (traduction), revue *Genre, sexualité et société*, hors serie 1, 2011.

<sup>411</sup> DELEUZE Gilles, *Dialogues*, avec Claire Parnet, Flammarion, 1977

<sup>412</sup> SIRONI Françoise, *Psychologie des transsexuel(le)s et des transgenres*, Odile Jacob, 2011, p.166

<sup>413</sup> DELEUZE Gilles, GUATTARI Félix, *Rhizome*, avec Éd. de Minuit, 1976

<sup>414</sup> BECKER Howard., *Outsiders*, Metaillie, 1985.

<sup>415</sup> DARMON Murielle, *La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation*, Politix, 2008.

<sup>416</sup> SIRONI Françoise, *Psychologie des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, 2011

<sup>417</sup> CASTEL Pierre Henri, *La métamorphose impensable*, Gallimard, 2003

Disons le ainsi : penser les devenirs répond à la nécessité de penser les actes et non seulement les êtres et cette métaphysique dynamique permet d'entrevoir le désir, non pas comme extrait d'un socle totalisant, comme l'Oedipe chez Freud ou l'habitus bourdieusien, mais comme un espace de variations, de différences, d'inventions et de franchissement de la norme. « *Je ne peins pas l'être. Je peins le passage* » disait Michel de Montaigne dans ses Essais. C'est peut-être vers cette conception, et donc vers une conception deleuzienne des espaces comme lieux de passages<sup>418</sup>, qu'il faut s'orienter pour mieux penser la notion de « carrière Trans ».

En se dirigeant vers une « éthique du devenir » on abandonne aussi l'idée d'une « erreur transsexuelle »<sup>419</sup> ou un « diagnostic » qui cristallise le « vrai », le « transsexualisme primaire », là où il serait pertinent d'envisager les parcours Trans sans préexistence naturelle du « transsexualisme », sans théorie surplombante, mais dans des rectifications, des aménagements, des falsifications même, orchestrés par des actions individuelles ou collectives auxquelles il faut porter attention. « *Si la répétition est possible, elle est du miracle plutôt que de la loi* »<sup>420</sup> disait Deleuze. L'analyse des devenirs est donc aussi l'analyse des résistances. Mais le « devenir » ne se limite pas à penser les choses « en devenir », ce qui serait une synthèse *a minima* du concept. « Devenir » signifie aussi, puisqu'il s'agit de temporalité, que nous n'entretenons plus les mêmes rapports avec les éléments coutumiers de notre existence, que « l'ensemble est rejoué autrement »<sup>421</sup>. Et pour que le devenir advienne encore faut-il qu'il entre en contact avec un extérieur, un « dehors » créateur d'une relation complexe qui redistribue les termes, les représentations. Dans ce double rapport, de soi au « dehors » (le « dehors » ne se limitant pas à autrui), l'économie des termes est modifiée, de telle sorte qu'il en résulte non pas une fusion, une alliance, un compromis homogène mais une reconfiguration.

---

<sup>418</sup> SARNEL Romain « Lieux de passages et transversalités : Pour une dynamique deleuzienne », *Le Portique*, n°20, 2007

<sup>419</sup> BRUNET GRORGET Jacques « De "l'erreur transsexuelle" à la performativité du sexe : pour une éthique du devenir », revue *e-LLA* - Numéro 2, juin 2009.

<sup>420</sup> DELEUZE Gilles, *Différence et répétition*, Presses Universitaires de France, Paris, 1968

<sup>421</sup> ZOURABICHVILI François, « qu'est-ce qu'un devenir pour gilles Deleuze », conférence prononcée à Lyon le 27 Mars 1997 (disponible sur : [horlieu-editions.com/brochures/zourabichvili-qu-est-ce-qu-un-devenir-pour-gilles-deleuze.pdf](http://horlieu-editions.com/brochures/zourabichvili-qu-est-ce-qu-un-devenir-pour-gilles-deleuze.pdf)). Lire aussi : François ZOURABICHVILI *La Philosophie de Deleuze*, PUF, Paris, 2004.

Les espaces de devenir sont donc des espaces d'apprentissages et d'innovations, pour le dire en des termes plus sociologiques, des espaces entre « reproduction » et « subversion », c'est-à-dire aussi de « performances » et de « performativité ».

*« Nous n'apprenons rien avec celui qui nous dit : fais comme moi. Nos seuls maîtres sont ceux qui nous disent « fais avec moi », et qui, au lieu de nous proposer des gestes à reproduire, surent émettre des signes à développer dans l'hétérogène. En d'autres termes, il n'y a pas d'idéo-motricité, mais seulement de la sensori-motricité. »*<sup>422</sup>

En ouvrant ainsi la voie aux devenirs, à la variation aussi, on esquisse la possibilité d'une autre analyse du changement de genre. Résumons : nous passons d'un « protocole » de changement de sexe à des « parcours » de changement de sexe et d'un « être » transsexuel à des « devenirs » Trans. Ce déplacement sémiotique trouve son appareillage sociologique sous les traits du concept Beckerien de « carrière » exigeant que l'on pose plus la question du « comment » que la question du « pourquoi ». Si la transsexualité avait été discutée dans le passé par des théories généralisantes, l'analyse des parcours et des déboitements conceptuels qu'ils permettent fournissent aujourd'hui au sociologue la vision d'individus qui, alors qu'ils sont mus par des contraintes fortes, opèrent des actions de recodifications dans une volonté évidente d'être auteurs de leurs corps. C'est l'ensemble de ces « remaniements constants »<sup>423</sup>, à l'inverse d'un *habitus* qui figerait la contrainte, qu'il s'agit d'analyser. Pour ce faire il faut, me semble-t-il, procéder par étapes. Considérer d'abord la transsexualité comme une auto-appellation ou un étiquetage médical. Cet étiquetage, dont le corolaire immédiat est la capacité des individus à l'endosser ou à l'éviter, s'effectue dans une « carrière Trans » donnant à voir des parcours variés, des expériences et des expressivités multiples.

*« Nous ne devons pas considérer [les comportements déviants] comme quelque chose de particulier, de dépravé, ou, par une sorte de magie, comme quelque chose de supérieur aux autres formes de comportements. Nous devons les considérer simplement comme une forme de comportement que certains désapprouvent et que d'autres apprécient, et étudier les processus selon lesquels ces deux perspectives se constituent et se perpétuent. »*<sup>424</sup>

---

<sup>422</sup> DELEUZE Gilles, *Différence et répétition*, PUF, 1968, p.35

<sup>423</sup> KAUFMANN Jean Claude, *Ego*, Hachette, 2004.

<sup>424</sup> BECKER Howard, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985, p. 198.



Suivons Howard S. Becker et n'éliminons pas la recherche, non pas des « causes », mais des sens, des significations. On déplacera donc l'analyse de l'étiologie du mal, de la recherche des causes des comportements indésirables à une observation des séquences d'apprentissages de la déviance. En ce sens, et en particulier concernant le genre ou le sexe, la notion de carrière est en opposition avec une certaine psychanalyse, celle qui corrèle inexorablement le changement de sexe à la fin des symboles et qui contribue à la perpétuation d'une symbolique des sexes garante d'un ordre symbolique et sexuel sur lequel reposerait la stabilité de toute l'humanité (même s'il existe d'autres propositions qui émettent une alternative à cette pensée ? une autre subjectivité du sexe)<sup>425</sup>. En effet la notion de carrière, à entendre comme « parcours » et non simplement comme « stratégie », apparaît comme dynamique : elle n'est jamais irrémédiablement produite, mais plutôt en train de se produire.

Les parcours Trans, les carrières Trans, s'articulent donc autour de l'utilisation de technologies de genre, de système d'identification et de désidentifications qui se cristallisent en expériences et en processus d'individuations de genre dynamiques, plus conscients que ne le laisse penser la domination masculine et surtout moins naturels que le suggère l'unique prisme neurobiologique. On retrouvera cette dichotomie dans le passage de carrières transsexuelles à celles plus complexes apparues après l'émergence de la pensée queer.

Précisément, qu'est-ce qu'une « carrière » ? L'analyse de Becker repose sur une proposition d'étude de sociologie de la déviance, des « outsiders ». Il existe un double sens à « outsider » selon Becker : le fait d'avoir été étiqueté comme déviant et le fait de se percevoir comme « déviant ». En ce sens, un « outsider » peut très bien « renverser ce stigmate » et revendiquer le fait d'être « outsider ». Ainsi, un individu « outsider » dans un groupe donné, peut très bien s'intégrer dans un autre (une contre culture par exemple) s'il en apprend les codes. Dans cette optique où la société crée de la déviance en imposant des normes, il n'y a de déviants que les individus étiquetés comme tels<sup>426</sup>.

---

<sup>425</sup> : PROKHORIS Sabine, *Le sexe prescrit : La Différence sexuelle en question*, Flammarion, 2002.

<sup>426</sup> Nuançons quelque peu son propos. Lui-même avoue que son intention n'est pas de soutenir que les seuls actes réellement déviants sont ceux qui sont labellisés comme tels, mais il complète en disant que cet aspect est central si on le conjugue avec la dimension « conforme » ou « transgressive » d'un acte. (p.43)

Selon Becker : « *Le caractère déviant ou non d'un acte dépend donc de la manière dont les autres réagissent* »<sup>427</sup> « *Ils partagent [les déviants] cette qualification ainsi que l'expérience d'être étiquetés comme étrangers au groupe* »<sup>428</sup> La « carrière déviante » répond au séquençage de 3 périodes : « l'engagement » (« *s'investir dans des intérêts* »), « le stigmatisme »<sup>429</sup> et la « légitimation ». Une carrière dite déviante peut par exemple advenir si l'on a été amené à « *nouer des alliances* » avec des (sous)cultures déviantes (« *les individus apprennent à participer à une sous-culture* »), ou bien si l'on trouve un intérêt à cet engagement. De ce fait, la labellisation comme « déviant » induit socialement une combinaison d'autres stigmates. Mais, comme dans l'insulte, la « carrière déviante » n'est rendue vivable qu'à la condition 1- d'avoir pu légitimer sa pratique déviante, notamment avec l'aide d'une contre-culture, de groupes de supports etc. et 2- d'avoir pu renverser le stigmatisme induit de pratiques dépréciées. En ce sens, la « carrière » déviante est avant tout un processus interactif : « *Être désigné (...) déviant constitue l'une des phases les plus cruciales du processus* » ; « *Sa conduite résulte moins de propriété inhérente à l'action déviante que des réactions d'autrui à sa déviance* »<sup>430</sup>

Deux espaces sociaux caractérisent cette tension entre « apprentissage de la déviance » et opposition à des pratiques jugées déviantes : les « sous-cultures déviantes » et les « entrepreneurs de morale ». Il est intéressant de noter qu'à l'inverse d'une vision déterministe des choses, la version Beckerienne de la déviance renverse les causalités : « *Ce ne sont pas les motivations déviantes qui conduisent au comportement déviant, mais, à l'inverse, c'est le comportement déviant qui produit, au fil du temps, la motivation déviante* »<sup>431</sup> dira-t-il. Dans cet apprentissage, les groupes de pairs tiennent une place prépondérante : ils socialisent, ils permettent « l'apprentissage de techniques », ils fournissent un nouveau « système de catégories »... Au total ils assurent un « approvisionnement » (à des codes comme à des objets) tout en permettant de réduire la tension qui peut exister entre « les secrets » que la pratique déviante exige parfois de préserver (envers la famille ou l'employeur notamment) et la moralité dont les contours deviennent modifiables.

---

<sup>427</sup> Idem p.35

<sup>428</sup> Idem p.33

<sup>429</sup> GOFFMAN Erving, *Stigmatisme. Les usages sociaux des handicaps*, coll. Ed. Minuit, 1975

<sup>430</sup> BECKER Howard, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985, p..58

<sup>431</sup> Idem p.64

Mais parallèlement, certains « *entrepreneurs de morale* » tentent de « *créer de nouvelles pièces dans l'organisation morale de la société, dans son code du bien et du mal* »<sup>432</sup> en proposant des lois, des représentations, des protocoles, des valeurs érigées en normes. Dans l'exemple Trans, il n'existe pas de différence entre les entrepreneurs de morale qui « *créent les normes* » et ceux qui « *les appliquent* ». Dans les deux cas, c'est le monopole psychiatrique qui dicte le jeu, même si dans les instances juridiques c'est l'avocat qui prononce une demande de changement d'état civil ou de prénom. Appliquée à la question Trans, qu'est-ce qui caractérise une « carrière » ? On retrouve bien des étapes des parcours Trans dans cette description des « carrières » « déviantes ». Le fait que le transsexualisme est une labellisation médicale que l'on décide ou non d'accepter. Que dans un cas comme dans l'autre, que l'on s'y soustraie ou que l'on s'y adosse, cette labellisation ne tient que parce qu'il existe des groupes de pairs ou des entrepreneurs de morale pour la maintenir. Qu'en ce sens, il est tout à fait envisageable d'investir une autre labellisation, notamment dans le but de renverser un « stigmaté ». Ce qui pourrait apparaître comme une « valse des étiquettes » identitaires est en réalité une somme d'actions décidées par un individu rationnel dont on pourrait à juste titre se demander sur quoi il repose si ce n'est sur ses décisions et ses interactions. Pour qu'une description en termes de carrière soit efficace, il faut la coupler d'une description en termes de « marchés ». Car les « carrières » ne sont jamais en lévitation : elles sont orientées, plus que par un jeu purement interactif, par des espaces de contraintes et des tentatives de recodifications prenant appui sur une somme de connaissances comparatives et de leviers d'actions institutionnels et théoriques qu'il s'agira de prendre en compte. Aussi, cette multiplication des « carrières de genre » est intrinsèquement liée à ce que Martuccelli<sup>433</sup>, en s'appuyant sur Beck<sup>434</sup>, nomme « la détraditionnalisation » de l'identité dont la labilité fournit paradoxalement des éléments d'unité<sup>435</sup> et de décentration<sup>436</sup>. Observons alors ce que les contraintes médicales et juridiques permettent comme résolutions individuelles et collectives.

---

<sup>432</sup> Idem p.169

<sup>433</sup> MARTUCCELLI Danilo, *Grammaires de l'individu*, Folio Gallimard, 2002.

<sup>434</sup> BECK Ulrich, *la société du risque*, Flammarion, 2004.

<sup>435</sup> MACE Eric « Ce que les normes de genre font aux corps, ce que les corps trans' font aux normes de genre », *Sociologie* n°4, vol.1, 2010, p 487-516.

<sup>436</sup> MARTUCCELLI Danilo, op. cit. p.366

## **2.1° LES ÉPREUVES MÉDICALES : NÉGOCIATIONS ET DÉBORDEMENTS**

La relation entre les patients et les médecins a longtemps été présentée de manière hiérarchique et invariable, le patient en appelant à l'action du médecin. Dans ce type de relation, le rapport soignant/soigné est caractérisé par l'aspect consensuel de l'échange : tout le monde est dans son rôle ; une fonction sociale préétablie.<sup>437</sup> Or, les évolutions sociologiques du champ du soin bouleversent la donne : les maladies chroniques floutent le rapport soignant/soigné, les associations de patients deviennent source de connaissances, Internet diffuse le savoir... Tout cela s'effectue au profit d'une plus grande autonomie et responsabilité du patient, redessinant les contours de la « décision » dans l'espace du soin, de la prévention comme du suivi. Dans ce contexte, le patient n'est ni ignorant ni impuissant. Il existe donc des marges de manœuvre et de négociation. Corbin et Strauss développent en 1985 le modèle dit de « l'ordre négocié »<sup>438</sup>. Si la répartition immédiate des rôles ne va pas de soi, le patient comme le médecin peuvent négocier les restrictions, les interactions, les prescriptions... Mais toutes les négociations n'ont pas pour résultat, ni pour origine d'ailleurs, la résolution d'un conflit. Elles ouvrent alors sur de nouveaux enjeux de négociations dans le but d'un consensus. Il faudra être attentif aux interactions qui s'opèrent dans le cabinet du médecin lors d'une répartition temporaire des attitudes et des positions.<sup>439</sup>

Nous partons donc du constat selon lequel l'interaction entre les acteurs du programme transsexuel n'est jamais fixée, ni par les textes protocolaires, ni dans le temps. De même, un même médecin peut donner une impression à un patient et une toute autre au suivant. Un patient n'est jamais complètement désarmé face à un protocole qui de loin semble parfois s'apparenter à une vision Goffmannienne de l'institution totale. Vus de près, ces protocoles se négocient dans des espaces restreints et risqués pour le patient, autour de zones d'incertitudes qui sont à la fois liées au « jeu » qui existe entre les différents rouages d'un protocole et aux interactions instables que les confrontations protocolaires peuvent faire émerger.

---

<sup>437</sup> PARSONS Talcott, *The social system*, Routledge, 1951

<sup>438</sup> CORBIN J. ; STRAUSS A. Managing chronic illness at home : three lines of work, *Qualitative sociology*, 8, pp. 224-27. 1985

<sup>439</sup> GOFFMAN Ervin, *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit, 1974

J'insiste aussi sur le fait que si les protocoles de changement de sexe sont à la fois le lieu d'un « gouvernement des autres »<sup>440</sup> et de négociations plus ou moins explicites entre le patient et son soignant, c'est qu'il existe des connaissances que les patients maîtrisent, dans un contexte national et mondial de naissance d'un marché du changement de sexe. Concernant notre analyse, ces savoirs architecturent des parcours qui au sein des protocoles, fournissent des éléments de comparaison entre « ici » et « ailleurs », entre « maintenant » et « avant ». L'ensemble de ces données disponibles sur Internet ou auprès des associations Trans, participe des négociations protocolaires et reconfigure parfois les choix des patients en termes de suivis par une équipe ou un praticien. Les patients ne sont pas non plus déconnectés des publications scientifiques sur la question. À l'image des personnes atteintes du sida<sup>441</sup>, les personnes transidentitaires deviennent aussi expertes de leur cas, de leur cause. Ceci rassure et inquiète à la fois les praticiens, dans la mesure où les écrits protocolaires donnent tour à tour des pistes pour appréhender les protocoles et des arguments pour les fuir.

Mais je voudrais surtout m'intéresser, avant de revenir plus en détail sur ce basculement entre « expert savant » et « expert profane », sur les expériences Trans. Comment expérimenter la transidentité sans ou contre le « transsexualisme » ? En tant qu'acteurs, comment les personnes Trans négocient-elles les promesses et les contraintes protocolaires ? J'insisterai dans un premier temps sur la dimension « comparative » des parcours et des savoirs protocolaires avant de me pencher plus spécifiquement sur la relation au praticien : entre « craintes » et « espoirs », que faut-il attendre des protocoles ? Pourquoi certaines personnes Trans passent-elles par ces protocoles ? Comment faut-il s'y comporter ?

« Que faut-il dire ? », « Que faut-il cacher ? » deviennent alors des questions centrales dans l'interaction aux praticiens. A la fin de ce chapitre nous dépeindrons la relation avec le psychiatre comme une « confrontation » et nous pourrions par là même considérer les protocoles comme une succession « d'épreuves excluantes ». Les protocoles n'étant pas invariables, il sera alors intéressant d'observer la manière dont les praticiens considèrent les observations et les critiques qui leur sont émises.

---

<sup>440</sup> HERAULT Laurence, « Constituer des hommes et des femmes : la procédure de transsexualisation », *Terrain* n°42, Homme/Femme, 2004

<sup>441</sup> BARBOT Janine, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Balland, 2002.

### **2.1.1 Protocoles nationaux et comparaisons locales**

Les protocoles nationaux de changement de sexe sont paradoxalement toujours évoqués dans les articles ou émissions télévisuelles alors qu'ils ne sont pas utilisés par toutes les personnes Trans. Ils n'existent en réalité que parce qu'ils détiennent un monopole national sur le changement de sexe, appliquant à une chasse gardée « transsexuelle » les outils tautologiques du « transsexualisme ». Dans une récente émission de télévision intitulée « C'est quoi l'amour ? »<sup>442</sup>, il m'a semblé que l'organisation du plateau était symptomatique de cela. Aucune des invitées n'était protocolarisée mais « l'experte » psychiatre invitée travaillait au sein d'un protocole. Je le disais, si les personnes Trans s'extraitent du maillage théorico-technique des protocoles c'est aussi qu'elles comparent entre les « offres » locales et internationales. Mais les Trans qui décident de suivre un protocole (on verra combien les raisons sont variées) activent aussi le réseau transidentitaire pour bénéficier des savoirs comparés qu'il a su accumuler. Dans un contexte où seuls les suivis protocolaires assurent un remboursement par la sécurité sociale des opérations de réassignation, il est donc courant de voir les personnes Trans « prospecter » entre les différentes offres protocolaires. La SOFECT<sup>443</sup> (SOciété Française d'Etude et de prise en Charge du Transsexualisme) tente, avec un succès limité, d'harmoniser les différents protocoles français : celui de Lyon, Paris, Bordeaux, Nice-Marseille et Montpellier.

De fait, par le jeu des réputations des tribunaux, des chirurgiens ou des psychiatres, certaines personnes Trans sont amenées à comparer les protocoles et leurs résultats. Ce « marché des réputations » donne des éléments pour appréhender, choisir ou éviter, des protocoles ou des praticiens. C'est ce qu'exprime Emmanuelle (42ans) qui, évoquant les réputations des protocoles de soins nationaux, distingue les bons et les mauvais retours que le réseau Trans assure via Internet :

*« Je devais être suivie sur Bordeaux. Mais t'as entendu comme moi ce qu'il s'y passe ? Tu sais Arnaud, on s'appelle entre nous, on a des copines de Lyon ou de Paris et on s'appelle. Bon, Paris, je les envie pas... Mais à Bordeaux, même si on n'est pas logé à la même enseigne, c'est pas ça, pas ça du tout même. Je reviens juste sur Bordeaux. Comme c'est à côté et bien toutes les filles de la région qui*

---

<sup>442</sup> « C'est quoi l'amour », TF1, 25 Février 2011

<sup>443</sup> <http://www.transsexualisme.info/>

*ont pas d'argent ou toutes celles qui pensent vraiment qu'elles sont folles elles courent chez le psychiatre. (...) Ce que je te disais c'est que moi, lorsque j'ai appris tout ce qui se passait sur Bordeaux et après avoir été quelques fois chez le psychiatre (...) et bien quand j'ai su tout ça, ni une ni deux, je me suis cassée à Lyon. »*

Malheureusement, les coûts relatifs aux transports et la rareté des rendez-vous avec les praticiens hospitaliers forcent bien souvent les personnes à changer d'option et à rester dans l'équipe protocolaire de leur région.

*Emmanuelle continue : « J'ai fais ça une fois, deux fois et après je me suis dit que j'allais quand même tenter sur Bordeaux. Ils vont pas m'avoir comme ça aussi facilement, je vais pas me laisser abattre comme ça. Je sais qu'à Lyon c'est très certainement mieux qu'ici, mais moi le train, les voyages, je peux pas. C'est fatiguant. Et puis ça coûte cher. Et je me vois mal rentrer chez moi et dire « bonjour papa, bonjour maman, vous savez cette opération dont vous voulez pas que je vous parle ? Et bien comme ça me coûte cher je me suis dit que vous pourriez peut-être m'aider »*

De ce point de vue les forums Trans jouent un rôle non négligeable. On lit sur les différents forums des rubriques intitulées « *Se faire opérer à Paris* », « *Le protocole du GRETIS* », « *Le groupe de Bordeaux* ». De nombreux retours d'expérience sont consultables : « *Une semaine après mon opération* », « *Rendez-vous avec B.* », « *Mon avis sur G.* »<sup>444</sup>. Les retours donnent des indications précises sur les attentes des praticiens et sur les interactions avec ce dernier. Cela permet parfois d'éviter que les protocoles soient plus contraints que choisis, même si dans le champ protocolaire, l'espace du choix reste limité. C'est par exemple le cas des personnes qui, après avoir été refusées sur Paris se tournent vers le protocole bordelais :

*Natalie (30ans) témoigne : « J'habite à Tours. (...) Quand je suis montée à la capitale pour voir le psychiatre je savais un peu à quoi m'attendre. Vous savez, lorsqu'on est pute, gouine, père de famille ou séropo à Paris c'est pas gagné. On a plus de change de gagner à l'euro-million que de se faire opérer (rires). En tout cas c'est pas l'euro-million qui m'a payé mes trajets vers Bordeaux. » « Devant le*

---

<sup>444</sup> Contrairement à ici, les noms des chirurgiens et des psychiatres sont très clairement nommés.

*psychiatre tu fais quoi ? Tu attends, tu attends toujours, jusqu'au jour où il te dit qu'en fait c'est pas pour toi, c'est pas ce qu'il te faut. Mais le vrai problème c'est que derrière une personne qui a le sida et qui est refusée y'en a des centaines qui prennent peur et qui refusent de s'engager, à juste titre, dans leurs protocoles. Il suffit de lire ce qu'écrit la Sofect sur le sida pour comprendre pourquoi les amis de Colette Chiland ne veulent pas de moi. De moi et de tant d'autres »*

Quand je demande à Natalie pourquoi elle témoigne sur son site, elle répond :

*« Il faut que les gens sachent ce qu'il se passe dans les protocoles. On m'avait pourtant avertie, mais je n'avais pas vraiment fait attention. Je me dis que si on est plusieurs à écrire ce qui se passe, les gens ne feront pas la même erreur que moi. Après tout, si c'est pas les trans' qui le disent c'est pas les pysys qui vont le faire à notre place »*

Ce jeu de comparaisons entre les protocoles peut avoir des conséquences directes : les pressions exercées sur les équipes locales parviennent parfois à forcer les protocoles, notamment dans leur durée. En entretien, un psychiatre témoigne :

*« Je ne devrais pas te raconter ça, mais toi comme moi connaissons la situation. Bon, qu'est ce qui se passe ? Les patients arrivent avec un problème et la solution au problème. Il suffit d'une association un peu prosélyte... Non sérieusement, nous avons une formation et une expérience. Mais si d'autres collègues, que je reconnais par ailleurs, disent à un de mes patients « c'est ok pour l'opération » qu'est ce que je peux faire ? Si la personne a le sentiment qu'elle perd son temps chez moi, que je la fais attendre pour rien... J'ai eu le cas récemment et à insister la patiente a fini par obtenir ce qu'elle voulait. De toute façon depuis la dépsychiatisation<sup>445</sup> je me demande pourquoi on nous demande encore notre avis... »*

---

<sup>445</sup> On entend par « dépsychiatisation » l'annonce faite par Roselyne Bachelot d'une passage d'une ALD psychiatrique à une ALD hors liste pour le remboursement des opérations de réassignations.

Lire : <http://www.sante-sports.gouv.fr/signal-fort-a-l-egard-des-transexuels.html>.

Cf p. 41

JORF n ° 0034 du 10 février 2010 page 2398 texte n ° 32 DECRET Décret n ° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée "affections psychiatriques de longue durée".



Les psychiatres savent que leurs patients font jouer le jeu de la concurrence interne : « *oui, mais votre collègue m'a pas dit ça !* ». Cependant, il n'en est pas de même pour les endocrinologues qui sont, eux, concurrencés par des médecins privés. La personne du psychiatre étant présentée comme la clé de voûte des protocoles, ce qu'elle est pour un bon nombre de décisions, c'est elle qui est prioritairement l'objet des comparaisons. Depuis quelque temps, avec l'arrivée de nouveaux chirurgiens dans les protocoles, ces comparaisons semblent glisser de plus en plus autour de la personne du chirurgien, de ses compétences et de ses résultats chirurgicaux. La question de la chirurgie devient centrale lorsqu'on sait que : « *Près de la moitié (48,9%) des individus opérés dans un hôpital public français ont déclaré avoir connu des complications, contre seulement 17,6% et 23,7% respectivement de ceux ayant réalisé l'opération en clinique privée en France ou à l'étranger.* »<sup>446</sup>

#### Éric : un parcours d'endocrinologie comparée

Éric a 49ans. Il a été refusé au protocole de Paris. Le motif ? Il était séropositif, donc sans réelle chance d'être opéré, mais surtout, le psychiatre qui le suivait lui a fait comprendre qu'il ne suivait pas rigoureusement le script du transsexualisme. Il me dit : « *J'ai mal joué, j'aurais du leur faire croire que...* » Par des connaissances, il apprend que le protocole de Marseille peut le suivre. Il décide donc de déménager en vue d'une nouvelle tentative de prise en charge, avec le protocole de Marseille cette fois, qui accepte. Mais après plusieurs mois, l'hormonothérapie n'est toujours pas promise, alors qu'à Paris, elle avait débuté. Refusant de ne plus prendre d'hormones, Éric retourne à Paris, auprès de son ancien endocrinologue, qui accepte de lui refaire son ordonnance. Son nouvel endocrinologue, devant le fait accompli, décide enfin de lui fournir les hormones et de suivre les prescriptions de l'endocrinologue parisien, accélérant ainsi l'hormonothérapie.

---

<sup>446</sup> GIAMI Alain, BEAUBATIE Emmanuelle, LE BAIL Jonas, « Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010 » *BEH (Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire)*, 42, novembre 2011, p.436.

### Patrick : un parcours de chirurgie comparée

Patrick a 54 ans. Il vient du bassin d'Arcachon. Il a mis du temps avant de prendre la décision de suivre un protocole. Jusque-là, une allure androgyne contenait son devenir FtM. Mais pour suivre un protocole, il décide de se rapprocher de Bordeaux. Les rendez-vous avec le psychiatre et avec l'endocrinologue se passent « *plutôt bien* ». Ce qui est problématique, c'est que le protocole de Bordeaux n'offre que des phalloplasties à ses patients FtM. Il apprend très vite, par les forums notamment, que l'équipe de Lyon commence à faire des métaiodioplasties. Avec l'accord de son psychiatre bordelais, il décide de se rendre à Lyon pour rencontrer le chirurgien du GRETIS qui accepte, après quelques rendez-vous, de l'opérer.

#### ***2.1.2 La « confrontation » avec la psychiatrie : « ce que l'on doit dire / ce que l'on doit taire »***

Malgré les retours de récits négatifs qui fleurissent sur les forums ou sur les sites, les protocoles de changement de sexe fournissent tous les ans à plus d'une centaine de personnes la possibilité d'un changement anatomique et offrent à dix fois plus de personnes un « suivi » thérapeutique. Les protocoles de changement de sexe jouent un rôle important pour de nombreuses personnes, même si la majorité des Trans n'y passe ou n'y reste pas. Ils assurent un remboursement par la sécurité sociale des opérations. Ils fournissent via la psychiatrie ou les suivis psychologiques un cadre sémiotique qui, en faisant glisser les expériences Trans de l'anormal au pathologique, peut positiver les épreuves passées. La maladie amoindrit parfois la culpabilité. Enfin ils permettent d'appréhender les expériences de vies qui ne parvenaient pas à faire sens. Le discours médical apporte avec lui le ciment du transsexualisme. Il rassure quant aux soucis liés à la modification de l'acte civil, c'est-à-dire à une potentielle intégration sociale et professionnelle. Il fournit du fait de sa légitimité institutionnelle, un cadre qui peut s'avérer rassurant.

Laure (37ans) revient sur les remboursements liés à ces suivis protocolaires :

*« C'est simple, t'as d'la thune ? Tu vas te faire faire une superbe chatte en Thaïlande. T'as pas de thune ? Tu restes en France en espérant ne pas être trop loupée » « Moi j'ai été claire avec ma psy. Quand elle m'a demandé ce que je faisais là, je lui ai répondu que c'est parce que je suis pauvre. Faut pas déconner, si j'avais eu de l'argent je ne serais pas allé la voir »*

Mais ils n'assurent pas qu'un remboursement des opérations. Marianne (62ans), membre active d'une association Trans, insiste sur le fait que les protocoles fournissent aussi un cadre clinique et sémiotique qui peut positiver les épreuves passées et leur donner du sens

*« Moi le psy il m'a aidé. Y'a des filles qui te diront qu'il leur a sauvé la vie ! Je ne savais pas comment il fallait faire, à l'époque y'avait pas Internet. Moi ça m'a vachement aidé. Y'a pas besoin d'être fou pour aller voir un psy. Et quand tu vis tout ce que ça implique une transidentité he bien je peux t'assurer que tu es bien content, en tout cas moi j'étais bien contente, de trouver un psy sur mon passage. Parce que sans lui je ne sais pas ce que je serais devenue. »*

Le témoignage de Fabienne (44ans), membre de la même association, va dans le même sens :

*« Être transsexuelle ça pose plein de questions. Toute seule tu peux pas y arriver. Moi il fallait que je me débrouille avec mon enfance qui ressurgissait, avec toutes les questions qui arrivent quand tu as eu une éducation religieuse etc. J'étais au bord du gouffre quand le psy m'a récupérée. Mes amies s'en souviennent... Avec les rendez-vous chez le psy ça faisait sens tout ça, mon passé, ma relation avec mes parents... Et je peux pas entendre qu'il faut pas de psy. La dépsychiatisation qu'a fait Bachelot d'accord, mais on a quand même besoin de psys »*

Les protocoles permettent aussi de « positiver » ce qui pourrait apparaître pour certains comme une « anomalie ». En faisant basculer les termes de la « transsexualité » de l'anormal au pathologique, les protocoles amoindrissent la peur d'un changement « contre nature ». En affaiblissant le poids de la « culpabilité », le recours à la médecine a pu être pour certains une redéfinition positivante du changement de sexe.

Cependant, cela s'effectue de façon paradoxale. Car ce qui peut apparaître comme positif pour les uns (« je ne suis pas folle je suis malade ») peut être perçu comme extrêmement pathologisant et disqualifiant pour les autres. Ainsi, les protocoles de changement de sexes qui pouvaient apparaître comme une solution constituent aujourd'hui un des éléments d'empêchements, notamment en établissant une différence entre ce qui serait de l'ordre d'une « vraie » transidentité et ce qui serait de l'ordre d'une « fausse » transidentité, ce que l'on a pu entendre sous les termes de transsexualisme « primaire » et « secondaire » dans les écrits de Stoller<sup>447</sup>. En effectuant ces distinctions, les équipes hospitalières diffusent une hiérarchie entre ce qui est diagnostiqué comme « une pathologie » et ce qui resterait « un divertissement ». C'est-à-dire que la reconnaissance d'une transidentité corrélée à une demande de changement de sexe va de pair avec la dépréciation d'autres profils transidentitaires. C'est donc au coût d'une hiérarchisation excluante que les protocoles parviennent à maintenir en leur sein certains parcours promis à l'intégration et à la normalité. On retrouve ici la différence répétée entre « transsexuels » et « transgenres » qui tendrait à recouvrir, de manière plus ou moins efficace, les « vrais » transsexuels, opérés et opérables, et les « faux » transsexuels, les transgenres, que le tamis psychiatrique s'applique à révéler.

Au prix de cette distinction hiérarchisante et excluante, l'identité transsexuelle devient une identité positive. D'autant qu'elle se construit progressivement, d'abord du fait d'une auto appellation, puis d'une validation institutionnelle autour du ciment de la transsexualité. Le « transsexualisme » est donc un script qui, s'il renvoie aux expériences passées, donne sens à ces mêmes expériences et justifie l'étiquetage médical. Les protocoles fournissent alors, du fait de leur légitimité institutionnelle, un cadre sécurisant. Catherine (65ans) est la maman de Brigitte (40ans) :

*« Nous avec Brigitte on a été rassurées de savoir qu'il existait une solution. On n'avait pas envie de passer par Internet, tout ça... Déjà que j'y connais rien en plus c'était quelque chose de sérieux. Y'a des fois où faut bien avouer qu'on a besoin d'aide. Et là au moins avec l'hôpital tu sais où aller, qui appeler si ça va pas... Bon ça veut pas dire qu'ils vont forcément te répondre (rire), mais au moins t'es pas dans la nature. On te suit. »*

---

<sup>447</sup> STOLLER Robert, *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*, Gallimard, 1978.

Pour Gaëlle (31ans), l'expérience des praticiens est un élément de réconfort :

*« Ce sont des médecins, il faut leur faire confiance. On est pas là (en tant qu'association) pour dire aux gens comment prendre leurs hormones. On peut donner des conseils, parler de nos expériences respectives, mais sinon on renvoie vers les endocrino. Ils ont l'habitude ».*

Mais, à l'inverse de Gaëlle et Brigitte, la plupart des personnes rencontrées expriment vis-à-vis des protocoles une appréhension : les protocoles sont en ce sens des lieux d'incertitudes et de craintes. La peur de la rencontre avec le psychiatre, la peur du refus de l'opération, la peur d'une durée trop longue entre l'entrée dans le protocole et l'hormonothérapie puis entre l'hormonothérapie et l'opération, la peur du « real life test » trop violent, la peur des « effets » du changement, notamment liés aux hormones, la peur des résultats opératoires : un changement de sexe n'est jamais une épreuve évidente.

Soulignons aussi le nombre important de personnes qui étaient au début de ma thèse dans un protocole et qui en sont parties. Cela me fait dire qu'on ne surmonte pas les épreuves protocolaires, qui s'ajoutent aux épreuves sociales, familiales, psychologiques et émotionnelles liées à la transidentité, sans une certaine fierté ou un certain soulagement de les voir s'éloigner. En ce sens les affirmations protocolaires auto-légitimantes selon lesquelles « si c'était à refaire 90% des personnes opérées le referaient »<sup>448</sup> ne me semblent pas constituer un argument solide, car ils renvoient exclusivement aux suivis protocolaires les bénéfiques liés aux satisfactions post-transitoires. Cela ne signifie cependant pas qu'il n'y ait pas de personnes satisfaites de leurs transitions protocolaires. Mais rares sont celles qui s'expriment en ce sens. Nous pourrions nous demander ce qui fait que quelques-uns vivent ces protocoles différemment. Nous retiendrons alors une certaine utilisation des protocoles, une approche moins entière de ces derniers. Pour ceux et celles à qui les protocoles se présentent sous leurs meilleurs jours, le changement est souvent bien amorcé, l'intégration professionnelle et familiale ne sont pas perturbées etc... C'est-à-dire qu'ils respectent à la fois le script du transsexualisme et les conditions de normalisation sociales et professionnelles tant attendues des protocoles.

---

<sup>448</sup> Bonierbale M., Lancon C., Michel A., « Devenir des transsexuels opérés : le corps consommé ». *Information psychiatrique* n°6, vol. 81. 2005 et Grafeille N., « Ethique et transsexualisme », *Sexologie*, Masson, n°43, 2002

C'est par exemple ce qui est arrivé à Patricia : *« Tout s'est passé très vite. En un an j'avais une date d'opération. [...] Il faut dire que j'avais déjà fait toutes les démarches : dans le travail j'étais acceptée en Patricia, mes enfants, ma mère et tout et tout. J'étais déjà très féminine en arrivant chez le psychiatre. [...] On s'est tout de suite très bien entendu. J'ai pas écouté tout ce qu'on disait sur lui sur les forums, sur les sites... »*

Les protocoles sont en ligne : cela signifie que les « codes » et les « étapes » des protocoles sont publics. Le rôle des associations et des forums est à souligner. Dans les forums « ce que l'on doit dire » « ce que l'on doit cacher » y est très clairement noté par les participants. Non seulement pour chaque protocole ou équipe, mais aussi pour chaque praticien. Ces parcours psychiatriques ou chirurgicaux comparés établissent donc un double niveau de comparaison : internes et externes aux protocoles locaux. Recoupées, ces informations laissent entrevoir le comportement à endosser ou bien encore les sujets à plus ou moins mettre en avant. Ce que les psychiatres nomment « le discours transsexuel » et que les principaux concernés adaptent en fonction des situations, est perçu comme pauvre par certains psychiatres qui voient dans ce type d'expressions des visions caricaturales des rôles de genre. On pourrait proposer une toute autre lecture de cette observation clinique en soi discutable. Peut-être les enjeux du récit sont-ils à ce point décisifs que le discours lui-même est amputé d'éléments à risque.

L'exemple qui revient le plus régulièrement sur ce sujet est l'enfance : il faut prouver que le « trouble » est un « trouble primaire » c'est-à-dire qu'il trouve ses racines dans la prime enfance du « patient ». Françoise Sironi dira qu'il faut faire « *l'archéologie de soi* »<sup>449</sup>. Il ne s'agit pas uniquement d'être réflexif, il s'agira surtout d'être introspectif et de donner des gages à la normalité. De ce point de vue la demande doit être formulée comme quelque chose qui dépasse l'individu, une question « de vie ou de mort » me dit-on. J'ai assisté à une réunion associative dans laquelle, ayant appris qu'une personne avait pris son premier rendez-vous chez le psychiatre, on lui conseillait de ne pas trop insister sur ses activités militantes, mais plutôt sur le fait « *d'avoir caché ça toute sa vie et de savoir aujourd'hui précisément ce qu'elle désire* ».

---

<sup>449</sup> SIRONI Françoise, Psychologies des transgenres et des transsexuelles, op. cit.

Une autre fois, dans une discussion plus informelle, on m'éclaire sur le fait que la rencontre avec le psychiatre est « travaillée » « répétée » de manière me dira-t-on à rendre ça « *le plus irrépressible possible* » : il faut donner au psychiatre des éléments du placard et de l'inné. Du transsexualisme « primaire » contrarié.

Selon les praticiens on trouve aussi des sujets tabous tels que la sexualité. Ne pas dire son homosexualité ou prétendre à une hétérosexualité dans le sexe d'arrivée peut s'avérer être une bonne stratégie. La double casquette d'universitaire et de militant apporte un éclairage intéressant sur les angles morts des pratiques et des représentations. On cache au militant ce qu'on peut se dire entre chercheurs. J'ai ainsi pu observer la même personne, psychiatre dans un protocole de province, insister en public sur le fait que « *la sexualité n'est pas un élément de diagnostic* » et préconiser, en réunion privée entre praticiens, « *de demander au patient son orientation sexuelle actuelle et celle qu'il envisage dans le sexe d'arrivée* », car « *les éléments de sexualité peuvent donner des indications quant à la féminité ou à la masculinité du patient* ». Surpris de ce double langage, j'ai relu le témoignage de Karine Espineira et Maud Yeuse Thomas : « *le premier présumé, c'est l'hétérosexualité* » notent-elles quant aux parcours transsexuels.<sup>450</sup> Et, à tort ou à raison, ceci cristallise des peurs.

Hadrien (29ans) revient sur cet élément :

*« J'ai toujours dit à mon psy que j'allais être hétérosexuel. Je lui ai fait croire que si j'étais homosexuel avant l'opération, j'allais forcément devenir hétérosexuel après parce que mon désir se portait sur les femmes. En réalité je n'en savais rien. Comment tu veux savoir ? Donc j'ai facilement été persuasif, cela ne me coutait pas grand-chose et ça évitait qu'il me pose tout un tas de questions. »*

Nous reviendrons plus en détail sur ce qui se joue autour de la sexualité. Avec l'article de Laurence Hérault sur l'usage de la sexualité dans la clinique du transsexualisme<sup>451</sup> et au travers des différents entretiens réalisés, notamment sur la scène SM, il sera intéressant de voir comment ce « présumé » hétérosexuel est mobilisé ou évité.

---

<sup>450</sup> ESPINEIRA Karine et THOMAS Maud Yeuse, *Q comme Queer*, op. cit.

<sup>451</sup> HERAULT Laurence, « Usages de la sexualité dans la clinique du Transsexualisme », *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 11, 3, p.278-29, 2010

Il plane toujours, lors des entretiens avec le psychiatre, la crainte du dévoilement, comme l'exprime Florence (44ans) :

*« Le professeur X ? Il sait pas que je suis prostituée. Enfin je ne lui ai jamais dit, mais il s'en doute. Il me pose des questions sur mon niveau de vie. Alors je suis obligée de mentir. La dernière fois ce salopard il me dit « vous avez pas un peu grossi ? » alors je lui réponds, parce que je sais qu'il me teste, « vous savez professeur, avec le RSA comme seul revenu, je peux pas tous les jours m'acheter des fruits et des légumes ! » Il me teste je te dis. »*

Mais il n'y a pas que la sexualité comme espace de déstabilisation. Si nous nous penchons sur les tests psychologiques comme le MMPI-2<sup>452</sup> par exemple, nous remarquons que ces tests circulent entre les Trans qui savent devoir le passer. Certaines questions marquent très clairement un repérage des « degrés » de masculinité ou de féminité. Par exemple, sur les 567 questions auxquelles il faut répondre par oui ou par non, avec plus ou moins de détails selon les praticiens, nous lisons :

- « J'aime les revues techniques » (question 1)
- « J'ai souvent souhaité être une fille » (question 62)
- « J'aimerais être fleuriste » (question 74)
- « J'aimerais être militaire » (question 133)
- « À aucun moment de ma vie je n'ai aimé jouer à la poupée » (question 272)
- « J'ai souvent désiré être de l'autre sexe » (question 371)

Diffusées dans les communautés Trans, ces questions (ou si ce ne sont pas exactement celles-ci elles y ressemblent) orientent des réponses. Julie (24ans) se rappelle un entretien autour de ce test :

*« Première question : « aimez-vous les magazines techniques » ? Bien évidemment que je lui réponds non, puisque je débute un parcours. Mais c'est pervers ce truc. Y'a tellement de questions que quelques séances plus tard on te la reposera, sous une forme différente, pour savoir si tu réponds pareils ».*

---

<sup>452</sup> HATHAWAY S.R et MCKINLY J.C, « MMPI-2, Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota -2, cahier de passation », ECPA, 1996



À propos d'un autre test, le Rorschach<sup>453</sup>, Fred, jeune transboy, précise : *« Tu sais les dessins là ? Comment ça s'appelle ? (...) Ha oui c'est ça, le Rorschach. Tu connais les dessins toi ? (...) Bon, et bien dans un des dessins, enfin... des planches... y'a une sorte de femme qui joue du tam-tam avec une bite. Enfin (rires) elle a une bite c'est ce que je veux dire. Et bien mon psy il m'a montré ça. Qu'est ce que je vois en premier ? Bien ça ! C'est pas un petit clit qu'elle avait ! Mais je me suis dit « oula ! dis pas ça au psy il va te prendre pour une femme hétéro qui s'assume pas, à voir des bites partout »*

C'est donc parfois en confrontation que tourne la rencontre avec le psychiatre. Non seulement car les questions peuvent être inquisitrices, mais surtout car elles prétendent et menacent de débusquer « la faille » dans le discours transsexuel. Et cette faille pourra être jugée comme un élément de contre indication. Le « secret », le « camouflage » doivent être préservés. Mais au jeu de « celui qui résistera le plus longtemps », ce sont souvent les personnes Trans qui perdent. Dans cette recherche du « vrai sexe », le psychiatre acquiert pour la seconde fois, après le médecin à la naissance, la capacité de dire et de diagnostiquer qui est « femme », qui est « homme ». Comme le rappelle Michel Foucault, à chacun un sexe, un vrai, un seul :

*« Avons-nous vraiment besoin d'un vrai sexe ? Avec une constance qui touche à l'entêtement, les sociétés de l'Occident moderne ont répondu par l'affirmative. Longtemps, toutefois, on n'a pas eu de telles exigences. Le prouve l'histoire du statut que la médecine et la justice ont accordé aux hermaphrodites. On a mis bien longtemps à postuler qu'un hermaphrodite devait avoir un seul, un vrai sexe. Pendant des siècles, on a admis tout simplement qu'il en avait deux. [...] Désormais, à chacun, un sexe, et un seul. À chacun son identité sexuelle première, profonde, déterminée et déterminante ; quant aux éléments de l'autre sexe qui éventuellement apparaissent, ils ne peuvent être qu'accidentels, superficiels ou même tout simplement illusoires. Du point de vue médical, cela veut dire qu'en présence d'un hermaphrodite il ne s'agira plus de reconnaître la présence de deux sexes juxtaposés ou entremêlés, ni de savoir lequel des deux prévaut sur l'autre ; mais de déchiffrer quel est le vrai sexe qui se cache sous des apparences confuses.*

---

<sup>453</sup> CHABERT C., *Le rorschach en clinique adulte*, Dunod, 1997

*Le médecin aura en quelque sorte à déshabiller les anatomies trompeuses et à retrouver, derrière des organes qui peuvent avoir revêtu les formes du sexe opposé, le seul vrai sexe. [...] Du point de vue du droit, cela impliquait évidemment la disparition du libre choix. Ce n'est plus à l'individu de décider de quel sexe il veut être, juridiquement ou socialement ; mais c'est à l'expert de dire quel sexe la nature lui a choisi, et auquel par conséquent la société doit lui demander de se tenir. [...] De là, l'intérêt du diagnostic médical du vrai sexe. »*

### **2.1.3 Le protocole : une « épreuve » excluante**

L'abandon du suivi protocolaire peut aussi être vécu comme un soulagement. Si pour certaines personnes « abandonner » serait vécu comme un ultime échec « *insurmontable* », pour d'autres, quitter le protocole revient à « *être libre* » et à « *ne plus avoir affaire* » aux praticiens (même si ce sont alors d'autres épreuves qui s'esquissent). En effet, lorsque ce n'est pas le fait d'un refus, ou de plusieurs consécutifs, c'est la volonté de quitter les protocoles jugés trop oppressants, trop contraignants, qui aboutit à l'élaboration de parcours dits « libres » ou « non officiels ». Jean (39ans) témoigne :

*« J'en pouvais plus. La première fois qu'on te fait croire que tu vas être opéré tu y crois. Forcément. Et puis on vient te dire que, en fait, c'est pas pour tout de suite. [...] Quand j'étais suivi par le professeur G. je croisais souvent un jeune FtM comme moi. Et nous avons sympathisé d'ailleurs. Je crois que ce qui lui est arrivé, j'aurai jamais voulu le vivre. J crois même que ça a été décisif dans mon choix de dire « au revoir » aux psychiatres. En fait, j't'explique ce qui lui est arrivé, il va voir le psy qui lui annonce que l'opération sera pour bientôt. Je n'sais plus le délai qu'il lui avait dit, mais en tout cas il lui avait dit que c'était pour bientôt. Au rendez-vous suivant, il a fait mine de tout ignorer. Il a même nié lui avoir dit qu'il allait être opéré bientôt. Tu vois, j'suis content de ne plus me dire que ça peut m'arriver aussi. Et d'ailleurs, le garçon en question, il a fait comme moi après, il est parti se faire opérer à l'étranger »*

Retenons les chiffres préalablement cités. Les protocoles excluent triplement : ils excluent des protocoles ceux et celles qu'ils démotivent ou renvoient. Ils excluent de l'opération ceux et celles qu'ils jugent « non-transsexuels ». Enfin ils excluent du droit ces mêmes personnes face à un vide juridique rendant impensable l'au-delà de la dichotomie « homme/femme ». Si on peut qualifier les protocoles « d'épreuves excluantes » c'est aussi qu'ils excluent les « candidats » d'une partie de leurs cadres relationnels ou professionnels. On ne peut pas nier que les changements de sexe ou les changements de rôles ne soient pas sans conséquences : sociales, familiales, psychologiques, professionnelles et donc économiques etc... Transitionner c'est provoquer des ruptures ou tout du moins des ruptures potentielles lorsque les choix pris par l'individu contrarient les desseins qu'avaient pour lui ses parents ou plus généralement sa famille, ses amis, son entourage professionnel. Alors, ce sont les protocoles eux-mêmes qui coordonnent ces ruptures, dont certaines d'entre elles ne sont pas consenties par l'individu, mais imposées comme éléments diagnostics pour l'accord vers une opération. C'est pourquoi les parcours se saisissent entre « épreuves » et résolutions d'épreuves, toujours de manière située, jamais de manière linéaire. Selon Danilo Martucceli :

*« Les épreuves se succèdent et se chevauchent au fur et à mesure que les individus avancent dans la vie. Ils les subissent d'une façon indéterminée a priori et sont contraints de leur donner un sens selon qu'ils s'en sont acquittés ou non. Cette succession ne s'organise cependant pas à l'improviste : au contraire même, peu de choses semblent plus standardisées dans la vie moderne. En revanche, au niveau de la vie individuelle, les épreuves apparaissent comme une suite d'étapes où peuvent s'accumuler les revers du destin ou les réussites de la fortune »<sup>454</sup>*

À chaque épreuve donc, des réappropriations. Et à chaque issue d'épreuve, le déploiement de nouveaux horizons sociaux et biographiques. Évidemment, concernant les protocoles, les personnes Trans sont au courant des risques encourus et du côté des protocoles, « ils savent que les trans savent ». Mais, comme le montrent les témoignages, « ils testent ». En ce sens le psychiatre est à la fois la défense et l'accusation.

---

<sup>454</sup> LITS Grégoire, entretien avec Danilo Martuccelli, 2009, « Sociologie, individus, épreuves », revue *Emulations*, n°5.

Ces protocoles s'organisent dans un contexte particulier. Tout d'abord, un réel « turn over » dans les protocoles (« *c'est pas fait pour moi* » « *c'est irresponsable de m'avoir mis là* » me diront des jeunes psychiatres ou psychologues protocolaires). Sur ce point précis, il faudra noter que certains protocoles connaissent de réels problèmes de recrutement et de remplacement, comme en témoigne un psychiatre hospitalier : « *c'est simple, si on trouve pas de remplaçant pour le chirurgien ou si on n'obtient pas les financements pour pérenniser le poste de la nouvelle psychiatre, comment on fait ? On arrête tout ?* »

Deuxièmement, nous faisons l'hypothèse que si la psychiatrie maintient ainsi des protocoles aussi excluants c'est qu'elle met en place de « bonnes raisons » à la sélection des personnes Trans. Des raisons thérapeutiques. Ces « bonnes raisons » assurent l'immutabilité de cette binarité dans laquelle ils patronnent la traversée, mais surtout les frontières. Si la fixité est remise en doute, la binarité ne l'est pas. De ce point de vue, le « sexe » est plus dangereux que la « nature », car il s'adosse à la nature elle-même pour justifier de la bi-catégorisation du monde, en lui fournissant pour cela des explications scientifiques qui répartissent les individus enfin étiquetés dans le droit comme « homme » ou « femme ». Si la nature peut être un élément réparable ou modifiable, c'est à la condition d'un sexe passé au tamis d'une théorisation forte à laquelle il devient très compliqué d'échapper.

Pour les praticiens, si toucher au sexe est thérapeutique, c'est aussi très problématique. « *On touche au sexe, ce n'est pas rien quand même. Ça implique beaucoup de choses. J'ai un patient à qui j'expliquais cela : nous sortons d'une matrice féminine, l'utérus, la mère, et nous sommes accueillis par une femme, la sage-femme. Comment voulez-vous qu'un changement de sexe ne soit pas perturbant pour tout un chacun ?* ». « *Certains disent que la nature s'est trompée. Admettons. Mais notre rôle c'est de vérifier si c'est bien vrai. On ne peut pas se contenter de ça. Si des patients ne doivent pas bénéficier d'une opération c'est à nous de le leur dire* »

Il y a donc de « bonnes raisons » psychiatriques à suivre un « patient transsexuel ». D'une part, car cela a été défini et détenu par la psychiatrie. Il reviendrait donc à cette dernière de se prononcer. D'autre part, car les psychiatres investissent le transsexualisme comme une réponse adaptée aux demandes Trans. Face à la souffrance il faut de la psychiatrie : « *S'ils font appel à des médecins, c'est bien qu'ils sont malades* » avance une psychiatre.

Mais le programme de transsexualisation mis en place ne repose en réalité que sur un monopole. Sans règles de droit, soumis à une critique incessante, ne traitant qu'une infime partie des personnes Trans, ces équipes, paradoxalement présentées comme centrales, ont une existence relative dans l'ensemble des parcours. Et la validité de ces protocoles n'en est que plus assaillie. En réassignant des hommes et des femmes, les psychiatres véhiculent leurs représentations du « bon » et du « mauvais » genre. Quelques échanges avec certains d'entre eux viennent valider cette hypothèse. Parlant d'un de ces collègues, un praticien explique : « *Vous arrivez dans son bureau et là ce qui l'intéresse c'est de savoir si vous allez faire une jolie femme ou non. [...] Lorsque les patientes partaient du bureau il me disait : « Elle, elle fera une belle femme ». [...] Vous vous imaginez bien que j'ai tenté d'appliquer des règles plus déontologiques que celles-ci. À vrai dire ce n'était pas compliqué.* » Une psychiatre, évoquant elle aussi ses collègues, admet que les protocoles ne sont pas exempts de stéréotypes. A la question « *Est-ce qu'il y a une différence entre les pratiques des hommes de ce protocole et les vôtres ?* », elle répond : « *Je ne sais pas s'il y a une différence entre eux et moi. Ce qui est sûr c'est que je ne me permettrais jamais de dire quoi que ce soit sur la sexualité de mes patients ou sur leurs tenues vestimentaires. Parfois, c'est même un peu sexiste. Mais c'est une question de génération aussi.* »

Sur la prostitution, sur l'homosexualité, sur les représentations du féminin et du masculin, sur les possibles conséquences familiales, sur l'aspect tardif de la prise de conscience ou de la décision, il existe tout un panel de « bonnes raisons » d'exclure. De ces « bonnes raisons » découlent d'autres types d'exclusions, notamment administratives. Les personnes Trans connaissent les combines pour passer outre les formalités administratives : perdre ses papiers, frapper à la bonne banque, en parler au guichetier dont on espère qu'il ne va pas changer... Qu'il y ait eu ou non opération, la psychiatrie s'immisce aussi au tribunal puisque le droit s'adosse complètement à la psychiatrie. L'exclusion organisée par les protocoles engage donc aussi les tribunaux.

Il faut rajouter à ceci deux éléments qui viennent signer les mécanismes de sélection de ces protocoles. Les opérations sont annoncées très tard, un mois avant, deux parfois. De manière à ce que le test psychiatrique se poursuive jusqu'au bout et que même à la dernière minute tout puisse changer<sup>455</sup>. Il revient donc à l'individu de jongler entre un silence protocolaire et des exigences temporelles notamment dans la sphère professionnelle. Le guide « Comprendre et aider les salariés trans »<sup>456</sup> écrit par l'association Mutatis Mutandis précise : « *Il faut garder à l'esprit que pour une personne trans, la date de l'opération est fixée en moyenne deux à trois mois en avance, et parfois moins. La seule contrainte à prendre en compte est alors la durée du congé maladie engendré par la période de convalescence* ». À destination des employeurs, ce guide se veut instructif et rassurant. Pourtant, il se peut que les situations ne se limitent pas à ce cas de figure et que d'autres contraintes apparaissent. Marie-Pierre bénéficie d'une A.A.H<sup>457</sup>. Par le biais de ce nouveau statut elle espère obtenir une formation. Lorsqu'arrive le rendez-vous avec le centre de formation elle se sent « *obligée de parler opération* » : « *La femme me dit : « mais si on vous opère pendant le stage, comment faites-vous ? ». Et bien je lui réponds : « écoutez, je souhaite cette formation plus que tout, mais je devrais abandonner ». Mon copain il était tout étonné quand je lui ai dit que les psys voudront jamais me donner une date d'opération plusieurs mois à l'avance. Mais qu'est ce que tu veux que je fasse* ».

Enfin, il me semble qu'il faille restituer telles quelles les impressions des personnes Trans face aux « confrontations » psychiatriques qui, parfois, deviennent dans leur bouche, de la maltraitance directe. J'ai longtemps été en contact avec Marie-Pierre. Elle revenait souvent sur la relation conflictuelle qui peut exister entre elle et son psychiatre :

*« Tu vois comment c'est chez le professeur X ? Il a sa secrétaire dans le bureau à côté du sien ? Et bien, un jour un patient sort du cabinet, passe dans la salle d'attente pour sortir et j'entends la secrétaire annoncer ma présence au psychiatre. J'étais pas seule dans la salle d'attente.*

---

<sup>455</sup> Voir par exemple l'échange dans « Transamerica » entre le personnage principal (Bree) et sa thérapeute (Margaret) lorsqu'arrive Toby, l'élément déclencheur du film.

<sup>456</sup> Téléchargeable sur : [www.mutatismutandis.info](http://www.mutatismutandis.info). Lire à ce propos : DUMONT Léa, « Présentation d'un guide employeurs », « La transidentité : des changements individuels au débat de société » (dir ; Arnaud Alessandrin), L'Harmattan, pp. 61-69, 2011.

<sup>457</sup> Allocation Adulte Handicapé

*Et là, j'entends le professeur crier : « encore l'autre travlo ! ». Tu peux pas t'imaginer Arnaud comme j'étais mal. Tu peux pas savoir. J'ai ravalé mes larmes et je me suis avancé comme si de rien n'était. J'en menais pas large, je t'assure. Et tout le monde me regardait. Ça, c'est vraiment ignoble. Je sais pas s'il l'a fait exprès, mais il a bien dû s'apercevoir de quelque chose. Je suis pas une très bonne actrice dans un cas comme celui-ci. »*

Un peu plus tard, alors que les choses ne semblent pas s'améliorer, elle reprend rendez-vous avec ce même psychiatre et décide de persévérer au sein du protocole en question. Pour des raisons économiques, mais pas seulement :

*« Je suis allé voir le professeur X oui. Il a pas bonne réputation, tu sais mieux que moi. Mais là... (elle rit) Il m'a demandé si j'étais « actif ». Sous prétexte que j'avais un gros machin. Je lui demandé « mais qui vous dit qu'il est si gros que ça ? ». Je lui ai gentiment expliqué que je me faisais pénétrer. En plus ça a dû le rassurer. Mais un fois tu sais, je sais pas si je te l'avais raconté, il m'avait même dit : « mais après votre opération, vous espérez pouvoir vous en prendre des grosses ? ». Quand je dis ça à mon autre psy, il devient fou. Mais j'ai bien l'intention de l'obtenir cette opération »*

Il n'est pas besoin de chercher très loin les raisons de cette maltraitance ressentie : elle provient des mots, des attitudes. J'ai déjà évoqué des changements au sein des protocoles : mais ces changements restent des changements à la marge. Dans les thérapies proposées, dans les concepts utilisés, dans les représentations véhiculées ou dans les pratiques cliniques, peu de choses ont changé. Sur une courte période tout du moins, puisqu'il y a quelques années, la psychiatrisation prenait encore la forme de l'internement pour les personnes qui « *affolaient la boussole du sexe* » comme dirait Colette Chiland<sup>458</sup>.

---

<sup>458</sup> Dans « *Changer de sexe* » Colette Chiland écrit en effet : « *Tous souffrent, ils sont même si pathétiques qu'ils finissent par entrainer les médecins dans un affolement de la boussole du sexe* ».

Louise (47ans) se souvient de son parcours :

*« Quand j'ai dû passer mes tests psychomachins c'était direction Charles Perrens<sup>459</sup>. Chez les fous. Et les folles (rires). J'ai été isolée ou presque pendant... attends d'voir... 2 semaines je crois. Les choses ont évolué et heureusement. Mais c'était comme ça à l'époque. On me gardait « en observation ». C'était y'a quoi 7 ou 8 ans pas plus. C'est pas le Moyen Âge. Ou alors c'est le Moyen Âge des Trans. »*

D'autres témoignages corroborent celui-ci. Sandrine, responsable d'une association Trans revient elle aussi sur cette période :

*« Surveiller et punir... c'était ça... Nous enfermer et nous stériliser. C'est toujours à peu près ça mis à part l'enfermement. On a des psys qui viennent nous dire « j'ai changé » : ça te rappelle rien ? De deux choses l'une. Soit ils se sont trompés avant, lorsqu'ils enfermaient les Trans et mettaient en prison les homos et ils le disent. Soit ils se taisent sur ce sujet, qui n'est pas si vieux que ça et donc ils nous disent, au fond on s'est peut-être pas tant trompé que ça. On a tué une Trans par lobotomie, mais c'était thérapeutique. On a encouragé la pénalisation de l'homosexualité, mais c'était pour leur bien. Je ne généralise pas bien entendu, y'a des psys transfriendly et j'en connais, y'en a, peu, mais y'en a. »*

Il y a donc eu des changements, des évolutions positives. Louise m'apporte un nouveau témoignage : *« A Paris, ils ont récemment fait une greffe du colon pour réaliser une vagino. Oui oui j'te jure. J'ai eu la mère de cette personne au téléphone et elle était choquée. Je savais même pas qu'on faisait encore ça. Autant dire aux personnes qu'on veut pas les opérer »*. Il m'est impossible de le vérifier, mais cela donne une indication quant aux peurs liées aux pratiques chirurgicales. S'il reste des opérations humiliantes, la plupart des opérations en France s'améliorent. Certes, il est unanimement reconnu que les Trans opérées à « Casa » dans les années 60 obtenaient de meilleurs résultats que dans bien des opérations actuelles. Cependant lorsque j'ai débuté ma thèse mes amies opérées se plaignaient de ne pas avoir de petites lèvres, pas de clit ou sans capuchon, que la profondeur du néo-vagin ne convenait pas, qu'il restait parfois des poils etc...

---

<sup>459</sup> Hôpital psychiatrique Bordelais



Mais récemment de nouvelles techniques ont vu le jour en France (des années après l'étranger). Le temps des opérations en trois temps qui ne proposaient au final qu'un néovagin entouré dans le meilleur des cas de lèvres approximatives est peut-être révolu. Dans le même esprit, on devra souligner les améliorations chirurgicales offertes aux FtM à Lyon. Il y a encore 3 ans, aucun chirurgien ne me parlait de métaiodioplastie<sup>460</sup>. Les premiers témoignages sont hésitants quant aux résultats. Selon un militant lyonnais :

*« Quand tu as la possibilité de choisir c'est toujours mieux. Être un homme avec une chatte, moi, ça me dérange pas. Et j'aime bien mon « dick clit » comme on dit. ». Un autre exprimera plus de nuance : « C'est une sorte de bourgeon qu'il te font. C'est pas mal, mais sincèrement ils ont encore du progrès à faire ».*

Mais ces progrès chirurgicaux ne sauraient faire oublier qu'en même temps des opérations déçoivent. Quentin, fréquente beaucoup les réseaux FtM. Il a entendu parler des résultats chirurgicaux français et s'en méfie : *« J'peux pas croire qu'on dise que ce soit mieux maintenant. Y'a des trans qui se retrouvent handicapés avec une opération. Et t'as vu ce que c'est la métaiodioplastie lyonnaise ? On fait mieux dans plein d'autres pays ! Faut arrêter »*

De nombreux témoignages d'opérations ratées, ou insatisfaisantes, me sont ramenés. Florian (22ans) est un jeune FtM. Il a subi une torsoplastie dans le cadre d'un protocole : *« Voilà le résultat ! T'as vu les traces ? Les cicatrices ? Ok ils vont me réopérer, mais si j'avais eu d'argent crois moi que je serais parti ailleurs. Même en France y'a de bons chirurgiens : mais dans le privé ! »*

Les protocoles sont alors interpellés de l'extérieur, par les personnes concernées, par la psychiatrie internationale et par le droit européen. De toutes ces critiques, aucune ne retient réellement l'attention des praticiens français. Comme nous avons pu récemment le remarquer avec Karine Espineira et Maud Yeuse Thomas lors des deux dernières interventions publiques de la SOFECT<sup>461</sup> en décembre 2010 et mars 2011, rien ne semble perturber les théories ou les pratiques cliniques des praticiens hospitaliers.<sup>462</sup>

---

<sup>460</sup> Méthode chirurgicale consistant à transformer un clitoris en petit pénis (« dick clit »)

<sup>461</sup> En décembre 2010 à Paris et en Mars 2011 à Bordeaux.

<sup>462</sup> <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/article-reponse-a-la-sofect-72841814.html>

Certes, les plus virulents crient au « péril queer » (pour paraphraser Gayle Rubin dans « Surveiller et jouir »<sup>463</sup>) et demandent à ce que les « patients » atteints de délires ou d'un « syndrome de toute puissance »<sup>464</sup> ne puissent être entendus. Quatre arguments sont alors soulevés par les praticiens français pour ne pas donner suite aux critiques formulées. Le premier argument porte sur les redéfinitions américaines du DSM et balaie d'un revers de la main les propositions de l'APA. La psychiatrie américaine est américaine, ce qui la délégitime. Le second argument porte sur le contenu même de ces redéfinitions : le DSM ne dit rien de concret quant aux suivis, ce qui permet aux praticiens français de parler encore de « transsexualisme », c'est-à-dire d'un concept apparu il y a trente ans dans le DSM. Reste le droit européen, mais ce dernier n'est pas contraignant.

Revenons un instant sur la réception du DSM dans la psychiatrie française. Dans son article intitulé « *Le DSM : outil scientifique et modalité d'existence professionnelle* »<sup>465</sup>, Yannick Gansel revient sur la « *réception du DSM-IV par les psychiatres français* ». Il écrit : « *la plupart des psychiatres distinguent le DSM-IV comme outil de recherche, dont ils ne remettent pas en question l'usage, de la pratique clinique qu'ils jugent plus complexe* ». Parmi les « types » de refus face au DSM, il évoque trois profils de médecins. Parmi ceux-là on trouve les praticiens dont la clinique est ouvertement en lien avec des conceptions psychanalytiques<sup>466</sup>. Aussi, on trouvera ceux qui en appellent à une « autonomie »<sup>467</sup> vis-à-vis de ce DSM (dont l'utilisation n'est en rien obligatoire). En contrepartie, toujours selon Yannick Gansel, les praticiens qui se réclament du DSM développent plus un discours axé autour des neurosciences, des prestations de services ou d'une éthique de la vérité scientifique (laquelle serait légitimée par l'inscription dans le DSM). Il existe donc différents profils et réactions face au DSM et à ses catégories, et on saisit mieux, si l'on prend en compte la pluralité des pratiques et des convictions des psychiatres, pourquoi certains s'y affilient et d'autres pas.

---

<sup>463</sup> RUNIN Gayle, *Surveiller et jouir*, EPEL, 2010

<sup>464</sup> CHILAND Colette, « Changer de sexe : entre illusion et réalité », Odile Jacob, 2010

<sup>465</sup> GANSEL Yannick, « Le DSM : outil scientifique et modalité d'existence professionnelle », *ARABEN* vol.3 Janvier 2006 « Les réceptions de la science », p.36

<sup>466</sup> Lire à ce propos : JALLEY Emile, *Six manifestes contre le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*, Tome 1&2, L'Harmattan, 2011

<sup>467</sup> Lire à ce propos : CORCOS Maurice, *L'homme selon DSM, Le nouvel ordre psychiatrique*, Albin Michel, 2011

Le dernier argument de riposte face aux critiques émanant des personnes concernées est plus complexe. Il renvoie immédiatement à la position de « malade » ou de « sain » dans la discussion. L'histoire du rapport « patients / médecins » sur la question Trans est l'objet d'une inversion récente. Comme les populations atteintes du VIH<sup>468</sup>, les populations deviennent des « expertes par appartenance »<sup>469</sup> qui viennent opposer des contre-expertises<sup>470</sup> aux experts « par profession » qui tentent alors de maintenir une hiérarchie hermétique entre un savoir dit « profane » et un savoir dit « expert »<sup>471</sup>. Dans cette lutte pour la reconnaissance des expériences et des expertises, la maîtrise des mots devient un enjeu majeur, tout comme la capacité des différents groupes à mobiliser des éléments factuels et scientifiques, locaux comme internationaux. La non-prise en compte des critiques associatives ou militantes provient alors du fait qu'en étant Trans eux-mêmes, les militants ne sauraient être objectifs.<sup>472</sup>

#### ***2.1.4 De la demande de soins à la demande d'éthique : l'exemple du « real life test »***

De manière plus générale, les critiques émises en direction des praticiens illustrent un déplacement de la question Trans d'une demande de prise en charge à une demande d'éthique. Dans un vocabulaire propre à une sociologie du « care »<sup>473</sup> il s'agirait d'envisager non plus la figure d'un patient « objet de soins », mais bel et bien d'un patient « objet d'attention ». Pour mieux l'exprimer, puisque le statut même de « patient » est immédiatement remis en cause, il s'agirait d'appréhender ici des individus « sujets d'attention ». Pour autant que ce basculement soit perceptible, il faut me semble-t-il pouvoir coupler la question du soin avec la question de la subjectivité.

---

<sup>468</sup> EPSTEIN Steven, 2001, *Histoire du sida*. Tome1 « Le virus est-il bien la cause du sida ? » et Tome 2 « La grande révolte des malades », Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

Lire aussi : LOWY Ilana, 2000, « *Entre contre-expertise et consommation avertie : le mouvement associatif anti-sida et les essais thérapeutiques* », *Mouvements*, n°7.

<sup>469</sup> BECKER Howard, 2002, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte.

<sup>470</sup> REUCHER Tom, « Quand les Trans deviennent experts », op. cit.

<sup>471</sup> LOCHARD Yves, SIMONET Maud, 2009, « Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels », *Sociologie des groupes professionnels* (dir. D. Demazière), La découverte. p.274

<sup>472</sup> <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/article-reponse-a-la-sofect-72841814.html>

<sup>473</sup> MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia, *Qu'est ce que le care ?*, Payot, 2009.

Ceci marque un franchissement de la frontière entre ce qui serait « scientifique » et « intime » donc « non scientifique ». La réalisation d'une science rigoureuse, si on l'analyse du côté de l'éthique -éthique qu'il va falloir définir- ne peut pourtant pas se passer d'un regain d'intérêt pour les processus de subjectivation. Parce que l'ordre social a des effets, que les individus parviennent plus ou moins à les contourner, les négocier ou les subvertir, la dimension éthique du soin ou du suivi voient le centre de gravité de leur analyse se déplacer. La santé laisse place aux expériences de santé<sup>474</sup>. Derrière la stabilité se retrouve encore le mouvement. Se pencher sur les subjectivités c'est aussi, parfois, se confronter aux aspérités émotionnelles, aux sentiments moraux des individus. Face à eux, l'application « descendante » de protocoles médicaux se confronte inévitablement à des résistances. En tant qu'élément médical, le transsexualisme conduit lui aussi à la production d'un certain type de subjectivité transidentitaire. L'exigence éthique est donc une exigence contextuelle au plus proche de l'individu.

Il faut alors définir l'éthique : qu'entendons-nous par « éthique » ? Différentes dimensions de l'éthique peuvent être mises en avant. Si nous parlons « d'éthique du soin », il serait en parallèle aussi pertinent de parler « d'éthique de l'accès aux soins »<sup>475</sup>. Dans un article commun, Pierre Boitte et Jean Philippe Cobbaut proposent de définir la pratique éthique dans le soin de la manière suivante :

*« La démarche éthique ne peut se limiter à fournir les éléments de méthodes nécessaires à la justification d'une décision soucieuse de se référer à des critères normatifs. L'enjeu est aussi pour le sujet de parvenir à créer un espace pour la démarche éthique à l'intérieur du cadre institutionnel, quel qu'il soit, de manière à prendre en compte aussi dans sa démarche les contraintes pratiques de l'institution »*<sup>476</sup>

---

<sup>474</sup> Dans leur article « Les expériences de santé comme vecteur de l'identité » RUFFIN Daniel et VILLE Isabelle Ville (économie et statistique n° 393-394, 2006) proposent « une approche de l'état de santé centrée sur l'expérience » dans laquelle dire son état de santé n'est pas forcément dire que l'on est « malade » ou « handicapé » et dans laquelle « une expérience de santé participe de la définition de soi » selon un mode d'identification distinct de l'opinion sur sa santé.

<sup>475</sup> BOITTE P, COBBAUT J.P. « Défis d'une éthique de l'accès aux soins » *Revue d'éthique*, HS, n°241, 2006.

<sup>476</sup> BOITTE Pierre, COBBAUT Jean Pierre « les défis d'une éthique de l'accès aux soins » *Revue d'éthique*, HS, n°241, 2006.

L'éthique déborde donc du respect des règles. L'éthique n'est pas un simple dispositif déontologique. Une démarche éthique sous-tend donc une tension entre des normes institutionnelles d'une part et la prise en compte des individualités et des expressivités d'autre part. Le concept de « maltraitance théorique », c'est-à-dire « *une maltraitance induite par les théories, les pratiques ou les dispositifs thérapeutiques inadéquats* », trouve ici toute son ampleur. En ce sens, une éthique d'accès au soin n'est pas non plus réductible à une dimension purement économique. Elle demande plus en profondeur, d'enquêter sur les conditions d'une capacité pour les acteurs concernés du système, de présider véritablement et « vivablement » à leurs destinées individuelles et collectives. La dimension politique du soin à laquelle appelle Françoise Sironi dans sa définition de la maltraitance théorique se retrouve aussi dans l'article de Pierre Boitte et Jean Philippe Cobbaut qui voient dans l'éthique l'exigence de conceptualisation, d'analyse des interactions ainsi qu'un appel à une « démocratie sanitaire » que l'on peut lire autant d'un point de vue égalitaire que participatif. L'éthique est donc avant tout une somme de questionnements. Contrairement à la morale, elle ne saurait apporter de réponses définitives.

Aussi, il est aujourd'hui nécessaire de penser l'éthique du soin en lien avec le droit médical (ce qui sera intéressant à relever lorsqu'on pensera les protocoles comme des espaces où le libre choix du médecin est battu en brèche). S'il est nécessaire de s'arrêter sur la dimension éthique du soin, c'est que dans ce type de décision, la réflexion éthique est concurrencée par d'autres critères qui orientent plus spontanément la décision médicale : le code de déontologie (qui interdit de toucher à un organe sain), les compétences techniques, l'aval des autorités compétentes...

Au mieux, en guise d'éthique sur la clinique du transsexualisme, nous trouvons parfois dans les protocoles quelques « recommandations » et « bonnes pratiques », lorsqu'elles ne sont pas elles-mêmes fournies par les associations locales<sup>477</sup>. Or en tant qu'objet controversé, la question Trans requiert l'intervention d'un questionnement éthique, surtout lorsque le praticien est confronté à des représentations, à des valeurs ou à des demandes créatrices de tensions entre ce qui pourrait être individuellement admis et ce qui semble être socialement non-admis.

---

<sup>477</sup> L'association Mutatis Mutandis a ainsi proposé au protocole de Bordeaux un protocole post-opératoire pour les personnes sortant de l'hôpital. L'association du GEST propose elle aussi des formations dans cette optique.

Dans son article intitulé « Éthique de la décision médicale »<sup>478</sup>, Manuel Wolf rappelle les quatre dimensions de la décision éthique selon Pierre Le Coz<sup>479</sup> :

« Autonomie : S'engager à faire participer le patient au processus décisionnel. Bienfaisance : Accomplir au profit du patient un bien qu'il puisse reconnaître en tant que tel. Non-malfaisance : Épargner au patient des préjudices ou des souffrances qui ne feraient pas sens pour lui. Équité : Partager entre tous les patients les ressources disponibles. »

Pierre Le Coz rappelle toutefois que « ces quatre principes cardinaux ne sont pas des ouvre-boîtes universels. Leur vocation n'est pas de résoudre les problèmes d'éthique, comme s'il suffisait de les appliquer pour être dispensé d'avoir à délibérer. Ces principes éthiques jouent simplement un rôle de repérage qui permet d'éviter à la discussion de se fourvoyer ». Au total, entre le praticien et la maladie, il s'agit de passer d'une logique d'un tiers exclu à un tiers inclus : le patient. Sur ces bases exhaustives, il sera intéressant de voir si les protocoles de soins tels qu'ils sont présentés respectent des règles éthiques. Et si oui : lesquelles ? Nous serons amenés à faire le constat d'une absence de réflexion éthique sur la question. Ou plutôt d'une éthique rabaisée à une pensée morale. Ceci a pour conséquence un immobilisme théorique sur la question. Les observations de Françoise Sironi<sup>480</sup> et Marie Laure Peretti<sup>481</sup> viennent à point nommé compenser le vide éthique sur la question transidentitaire. Enfin si l'on parle d'éthique du soin, encore faudrait-il se demander ce que l'on entend par « soin ». Dans l'exemple du « real life test », ce « soin » contraint et excluant s'effectue sous couvert d'un « bouclier thérapeutique »<sup>482</sup> contestable, notamment d'un point de vue éthique. Un dernier point : il me semble que ce basculement d'une demande de soins à une question éthique est révélateur d'une période de réflexivité sur le sexe, loin du postulat naturaliste résumé par Foucault et selon lequel « tout le visible est énonçable et qu'il est tout entier visible parce que tout entier énonçable »<sup>483</sup> et donnant lieu à une nouvelle « épistémologie historique du sexe »<sup>484</sup> telle que la propose par exemple Elsa Dorlin<sup>485</sup>.

---

<sup>478</sup> WOLF Manuel, « Ethique de la décision médicale », [www.ethique.inserm.fr](http://www.ethique.inserm.fr), 2010

<sup>479</sup> LE COZ Pierre. : « Place de la réflexion philosophique dans la décision médicale » conférence donnée à l'Académie nationale de médecine, le 24 février 2009. Disponible sur : [www.academie-medecine.fr](http://www.academie-medecine.fr)

<sup>480</sup> SIRONI Françoise, *Psychologie des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, 2011

<sup>481</sup> PERETTI Marie Laure, *Le transsexualisme, une manière d'être au monde*, L'Harmattan, 2009.

En interview sur cette question sur le site d'ACTHE :

[http://www.acthe.fr/information/viewartrub.php?a=68&t=Interview\\_de\\_Marie-Laure\\_Peretti\\_\\_Psychologue](http://www.acthe.fr/information/viewartrub.php?a=68&t=Interview_de_Marie-Laure_Peretti__Psychologue)

<sup>482</sup> ESPINEIRA Karine, « Transidentité : de la théorie à la politique. Une métamorphose culturelle entre pragmatisme et transcendance », *Information psychiatrique* vol87, n°4, 2011

<sup>483</sup> FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, PUF, 1963, p. 116.

Dans son article « Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique », Françoise Sironi propose de prendre en compte les effets iatrogènes aux catégorisations médicales et théoriques. Elle propose par là même de « *mettre en position d'expertise les personnes ou les groupes concernés* », c'est-à-dire de redéfinir les zones d'expertises de manière à ne pas sous-estimer le poids et la portée de la parole des « patients ». On retrouve cette entreprise à la fois relativiste et humaniste dans l'œuvre de Marie-Laure Peretti<sup>486</sup>. Dans son livre, le transsexualisme est envisagé comme « une manière d'être au monde... comme tout le monde. » Françoise Sironi<sup>487</sup> et à Marie-Laure Peretti adaptent pourtant un modèle d'un protocole à un autre, sans remettre réellement en cause le concept même d'un protocole médical même éthique, même humain et ce sans se pencher sur les conséquences juridiques de telles propositions : comment le droit emboîte-t-il le pas de ces entrées ? Mais l'on retiendra de ces restitutions de pratiques cliniques et de ces propositions cliniques un réel désir de « travailler avec » plus que de « travailler sur » les personnes concernées. De ce point de vue, la dimension éthique ne se limite pas à « protéger » les individus d'eux-mêmes ou à prendre « les moins mauvaises décisions ».

Les derniers bulletins lacaniens<sup>488</sup> sur la question sont parlants. Daté de 2008, ils proposent entre autres un texte d'Henry Frignet à qui l'on doit déjà un « Transsexualisme »<sup>489</sup>. Dans une pure veine lacanienne que l'on avait déjà repérée chez Pierre Henri Castel, il oppose les « *nominations sociales* » aux « *fondements du rapport d'un sujet avec lui-même* ». Ainsi les contre-exemples anthropologiques en termes d'altérité du genre ne sauraient être suffisants pour entraîner une « *perte réelle d'identité sexuelle* ». Selon lui, ce qui pourrait permettre de maintenir « *qu'il n'y a pas de comportements qui soient spécifiques d'hommes ou de femmes* » affecte les « *référents cliniques* ».

---

<sup>484</sup> DORLIN Elsa, « Pour une épistémologie historique du sexe », *Revue ARABEN*, « *Les réceptions de la science* » p.3, 2006.

<sup>485</sup> DORLIN Elsa, *Sexe, genre et sexualités*, Paris, PUF, coll. « Philosophies », 2008,

<sup>486</sup> Peretti Marie-Laure, *Le transsexualisme, une manière d'être au monde*, L'harmattan, 2009

<sup>487</sup> Je remercie Françoise Sironi des explications qu'elle a pu m'apporter à ce sujet.

<sup>488</sup> Association Lacanienne Internationale : « Sex and Gender », bulletin lacanien n°4, 2008.

<sup>489</sup> FRIGNET Henry, *Le transsexualisme*, Desclée de Brouwer, 2000

Henri Frignet précise son propos :

*« Le sexe a disparu, [...] réduit à une codification endocrinienne ou génétique. Le nouveau concept qu'est le genre est une notion variable qui détermine le « désir » de chacun ; il est porteur d'une identité -dite de genre- à la fois sexuée et sexuelle laissée à l'appréciation de la personne selon son seul vœu ; quant au reste, ce sera à la médecine et aux tribunaux de lui accorder le sexe qu'elle souhaite, dans son apparence et sa nomination »<sup>490</sup>.*

Au-delà de l'aspect caricatural de cette définition, il est surtout important d'en noter la conclusion :

*« Cette position consacre l'abandon d'une conception de l'identité sexuelle bâtie sur l'articulation réelle et symbolique du sexe. Elle lui substitue un regroupement fondé sur la reconnaissance d'un trait imaginaire. [...] C'est son articulation dans le sexe qui permet à un couple d'engendrer non pas seulement un corps vivant [...] Un groupement fondé sur le seul imaginaire n'autorise plus, dès lors, qu'une position revendicatrice portant sur la différence qu'induit le trait que partagent ceux qui s'y retrouvent et dont le mot d'ordre est : « tous pareils ! ».*

*« On sait à quel point les luttes fratricides sont ainsi exacerbées dans les groupements constitués de la sorte. Il ne s'agit là que d'une des potentialités destructrices de l'imaginaire lorsque, livré à lui-même, il autorise à s'attaquer à l'étranger<sup>491</sup>. »<sup>492</sup>*

Résumons : à nier les différences, les personnes Trans comme les féministes donnent naissance à un programme de revendications politiques et de déstabilisations normatives dont l'issue la plus probable est, au mieux, l'autodestruction, au pire, des déclinaisons racisantes ou discriminantes. Ceci n'est pas sans rappeler le parallèle osé par Colette Chiland lorsqu'elle fait l'hypothèse qu'en demandant des droits pour une minorité, le militantisme Trans se rapproche du nazisme<sup>493</sup> :

---

<sup>490</sup> FRIGNET Henry, « Fabrication du genre, effacement du sexe », « Sex and Gender », *bulletin lacanien* n°4, édition de l'Association Lacanienne Internationale, 2008.

<sup>491</sup> En italique dans le texte

<sup>492</sup> On retrouve ces conclusions dans son livre sur « le transsexualisme » huit ans plus tôt (p.99)

<sup>493</sup> Dans : CHILAND Colette, « les mots et les réalités », *l'information psychiatrique*, volume 87, numéro 4, avril 2011.



*« La solution militante est que les mesures prises pour les minorités deviennent la loi générale. On peut adopter une direction différente et proposer un travail incessant d'information et de décentration culturelle. Aller à contre-courant de l'ethnocentrisme sera, certes, plus difficile que l'intoxication par des propagandes qui vont dans le sens de l'ethnocentrisme : songeons aux nazis qui ont réussi à faire adhérer presque tout un peuple à l'idéologie raciste. »*

On ne peut être qu'étonné de la violence de ces accusations de la part de personnes qui, suivant des « transsexuels » dans leurs cabinets, semblent avoir abandonné l'horizon éthique du soin tel que nous l'avons brièvement établi au début de ce chapitre. Au fond, quelles « bonnes raisons » cliniques poussent les praticiens à tenir de tels propos ? Dans le même bulletin lacanien français, Jean Jacques Tyszler revient sur « les conséquences du refus de la différence des sexes »<sup>494</sup>, objet de la controverse entre militants Trans, chirurgiens et psychanalystes. Il conclut que la psychanalyse se base sur des « *évidences anatomiques* ». Ainsi, le « *choix subjectif* » relève de la « *fiction* ». Nous lisons : « *Certains réclament que soit laissée libre la déclaration du sexe à l'état civil en dehors de toute modification* ». Dans ce cas, les « *progrès* » ne peuvent entraîner que des « *regrets* ». Aujourd'hui, conclut-il, il est même devenu « *périlleux de parler du transsexualisme* » face aux « *intimidations* » des mouvements Trans et de l'étonnante « *permissivité de notre société* »...

Mais jusqu'où parle-t-on de « soins » dans les protocoles ? Et qu'est-ce que « l'éthique » selon les praticiens protocolaires ? À de nombreuses reprises au cours de mes entretiens, les interviewés m'ont repris. « *Ne dis pas « protocoles de soins » ça leur donne une légitimité qu'ils n'ont pas [...] Et attention aussi avec le mot de « suivi » car en réalité on est obligé de suivre ces suivis* » ; « *Tu parles d'un suivi. Un rendez-vous tous les quatre mois t'appelles ça un suivi toi ?* » ; « *Personnellement, j'ai plus vécu ça comme une sorte de test, de long test, que comme un suivi* ».

---

<sup>494</sup> TYSZLER Jean Jacques, « Quelques conséquences du refus de la différence des sexes », « Sex and Gender », *bulletin lacanien* n°4, édition de l'Association Lacanienne Internationale, 2008.

On aperçoit au travers de ces morceaux choisis d'entretiens trois limites intrinsèques aux « suivis » tels qu'ils sont proposés. La première, relative à la place du « choix » dans ce suivi, indique le poids de l'obligation du suivi. *« Faut dire c'que c'est les protocoles. C'est pas quelque chose qu'on te propose, c'est quelque chose qu'on t'impose »*. La seconde, relative au rythme du suivi, donne des indications précieuses quant aux raisons des contournements protocolaires. Enfin, c'est sur le mot même de « suivi » que certaines personnes expriment des réticences. Le terme de « suivi » cache-t-il un test sur la longueur ? Permet-il, dans la durée, de démotiver les personnes s'étant engagées dans les protocoles ? En ce sens, le « suivi » sert-il aussi de diagnostic quant à la persistance de la demande ? Auquel cas on comprendra les demandes associatives insistant plus sur le terme d'« accompagnement » que de « suivi ».

La seconde interrogation pose la question de ce qu'est l'éthique concernant le « transsexualisme ». Deux textes, tous deux écrits par Nadine Grafeille, nous fournissent une réponse. Le premier est issu de la revue « Sexologie »<sup>495</sup>. Nadine Grafeille y note que *« s'il est un sujet d'éthique particulièrement brûlant et controversé, c'est bien celui du transsexualisme. »* Elle pose une liste de questions « éthiques » face au transsexualisme :

*« A-t-on le droit d'intervenir dans ce domaine ? Peut-on utiliser des outils aussi mutilants qu'une hormonothérapie à vie, associée à des interventions chirurgicales ? »*. Elle souligne alors que *« Lorsqu'on choisit en tant que thérapeute de s'occuper de transsexualisme, on ne peut que travailler en groupe, avec grande précaution, remettre en cause continuellement les décisions à prendre dans le respect le plus profond de la déontologie et de l'éthique »*.

Nous ne parvenons alors pas à saisir la teneur de l'éthique dans ce texte. Se substitue-t-elle à la morale ?

*« Toucher à la création de l'être humain interpelle toujours, qu'il s'agisse de procréation assistée, de clonage, d'interruption de grossesse ou de transsexualisme. Quand la médecine se substitue au Créateur, cela nous renvoie aux limites : jusqu'où peut-on aller ? »*

---

<sup>495</sup> GRAFEILLE Nadine, « Ethique et transsexualisme », Sexologies vol.12, n°43, 2002.

Quelques éléments nous donnent des pistes de ce que les protocoles entendent par « éthique ».

*« Nous pensons que le cap que nous avons choisi en France concernant ce difficile problème est le plus conforme au bien-être de ces patients. Nous avons l'impression de choisir la moins mauvaise solution. La réflexion éthique est plus que nécessaire, elle est obligatoire. Nous devons toujours nous demander si nous n'accréditons pas un délire et si nous avons le droit d'aller aussi loin que le changement physique de sexe. »*

À la lecture de ce texte, nous avons l'impression que l'éthique vient en renfort de ce que Karine Espineira nomme un « bouclier thérapeutique »<sup>496</sup>. L'éthique est-elle formulée pour rassurer les praticiens ? Dans un second texte, Nadine Grafeille note que « *l'éthique est obligatoire* »<sup>497</sup>, sans pour autant que l'on sache ce qui émane de cette préconisation. Si l'on peut admettre que les protocoles sont parfois soucieux d'une certaine éthique, les définitions précises de ce qui est sous-jacent à l'éthique du transsexualisme n'apparaissent pas. Et nous ne pouvons que regretter qu'une grande majorité des textes protocolaires ne s'expriment pas sur ce sujet.

Élément central de ce dispositif en manque d'éthique : le real life test. On considérera le « real life test » tel qu'il est préconisé et appliqué en France comme une étape de discriminations imposées. Imposées par qui ? Pas par la psychiatrie seule. Effectivement, c'est de la bouche du psychiatre que sont émises les conditions de l'opération. Mais la psychiatrie n'a d'effets qu'en tant qu'elle est reconnue par l'État qui substitue le psychiatre au législateur pour dire ce que doivent être les parcours et leur reconnaissance par l'État. Cette étape est définie par la WAPTH comme étant un élément d'affirmation du sujet<sup>498</sup>. Il y est écrit que « *l'expérience de vie réelle doit être envisagée d'une manière réfléchie et constante au fil du temps* ». Elle revient, dans la traduction française, à une « étape de vie réelle » qui consiste à endosser le rôle de genre désiré dans la sphère publique et parfois sociale et professionnelle. On passe ainsi de l'expérience singulariste à l'étape obligatoire.

---

<sup>496</sup> ESPINEIRA Karine, *Le bouclier thérapeutique, discours et limites d'un appareil de légitimation*, Le sujet dans la Cité, n°2, *Habiter en étranger : lieux mouvements frontières*, Christine Delory-Momberger & Jean-Jacques Schaller, dir., novembre 2011

<sup>497</sup> GRAFEILLE Nadine., « Prise en charge du transsexualisme : l'exemple bordelais », *La transidentité : du changement individuel aux débats de société* (sous la dir. de Alessandrin A.) L'harmattan, 2011

<sup>498</sup> The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders, Sixth Version, February, 2001, p.13

François (28ans) témoigne : « *Pour moi le test de vie réelle c'est comme un champ de mines. Tu sais que tu vas sauter. Tu sais pas quelles en seront les conséquences ni même auprès de qui tu vas sauter, mais tu vas sauter. J'sais pas comment ça se passe dans les autres protocoles, mais ici à Paris ils ne t'hormonent pas toujours pendant ton real life test. Alors comment tu veux « passer » si tu n'as pas d'hormones ? Tu te fais insulter dans la rue « espèce de travlo » et tout quand t'es pas purement et simplement renvoyé de ton boulot ou viré de chez tes parents. Et après ils peuvent dire « monsieur, vous avez échoué ». Forcément Ducon qu'on a échoué. Quand tu saisis l'truc tu comprends comment se fait la sélection : par l'échec. »*

*« Moi j'ai toujours été androgyne. Tu vois à l'école et tout je trainais qu'avec des mecs. T'as vu TomBoy<sup>499</sup> ? Bah c'est moi petit. (...)Le psy il croyait que comme je voulais me faire opérer et tout, que j'allais débarquer comme ça chez ma mère et tout lui dire. Il rêve. J'suis pas con. Chez moi j'suis une butch<sup>500</sup> voilà tout. Déjà que j'ai pas de seins ma mère elle pète un plomb alors t'imagines si je lui dis qu'elle sera jamais grand-mère, enfin pas par là où j'pense ? Tu veux aller à son enterrement où quoi ? (rires) (...) Bah oui c'est d'la connerie tout ça. Mais le psy je lui dis que ça se passe bien. Une butch il sait pas ce que c'est donc quand j'montre des photos de moi où j'suis habillé en mec il croit que ça y'est. Genre j'vais l'dire à ma mère. (...) J'sais même pas s'il croit ce que je lui dis en plus ! »*  
(Yannick, 22ans)

Dans ces deux témoignages, on voit combien le real life test est une épreuve qui peut isoler, provoquer des ruptures ou créer des peurs. On voit aussi que ces peurs ne sont pas seulement « inhérentes » aux transitions, mais qu'elles sont poussées par les protocoles, alors même que les patients s'exposent à des risques importants dus à une visibilité mal maîtrisée ou non désirée.

---

<sup>499</sup> Cf. « TomBoy », Céline Sciamma, 2011

<sup>500</sup> Se dit d'une lesbienne masculine

En avril 2010, l'Assemblée Générale des associations Trans valide la proposition contre la pratique du real life test. Une jeune Trans, membre d'une association parisienne explique :

*« Le real life test, en gros, c'est un psy qui te demande de faire ton coming out pour pouvoir être opéré. C'est du chantage et ça te coute ton emploi. Moi, j'ai d'abord pensé que c'était bon pour moi, que ça allait m'aider à m'assumer. Mais en réalité, quand tu perds ton job, c'est pas le psy qui va t'en retrouver un. Donc j'ai décidé de prendre du temps, d'aller moins vite. Ça s'est senti sur mon opération. Elle devait avoir lieu en janvier et là, comme par hasard, on m'en parle plus »*

Par conséquent on ne sait pas réellement ce que recouvre ce « test en vie réelle ». Et l'on est en mesure de se demander si ce test n'est pas aussi un élément du diagnostic, mesurant la résistance du « patient » et donc la persistance de la demande, comme en témoigne le récit de Nicolas:

*« Je ne sais pas si je t'ai raconté. Pendant mon « real life test », j'avais convenu avec mon psy qu'il était temps de le dire à ma mère. On en avait parlé longuement. Je peux t'assurer de ce qu'il m'a dit. Il m'avait promis que lorsque ce serait fait on pourrait envisager l'opération. Et lorsque je suis venu avec ma mère dans le cabinet du psy, déjà ça a pris du temps, et bien il a fait comme si de rien n'était. Comme si on n'avait jamais parlé d'opération. Je te dis pas ma réaction, et celle de ma mère. Elle a rien compris et moi je me suis senti trahi. Depuis ce rendez-vous je ne suis plus jamais retourné le voir. »*

Quand les real life tests deviennent des éléments diagnostics, en cas d'échec, comment prouver « la bonne volonté » ou « la régularité de la demande ? Le real life test opère comme un élément diagnostic de tri au lieu d'être cet accompagnement dans une étape voulue et coproduite. Le real life test ayant statut scientifique comme élément de preuve, il est aussi mobilisé par quelques associations transidentitaires qui voient en lui un moyen de « se prouver ». Selon Cindy, il permet de montrer « *qu'on est capable de s'épanouir et s'assumer là où on avait tendance à avoir peur de se montrer. C'est un peu se faire violence, mais au final c'est nécessaire.* » Comme dans un processus de catégorisation divisante, le real life test opère une distinction entre le « vrai » et le « faux » transsexuel, entre l'assimilable et le non assimilable.

Le real life test expérimente ainsi la résistance du patient et la persistance de la demande sous la forme d'un script, d'un discours transsexuel. La preuve par le discours assure, comme le dit Foucault, non pas tant une catégorisation dans le panel des folies qu'une distinction entre ce qui relève de la folie ou pas.<sup>501</sup> Pour nuancer Foucault dans ces propos, nous noterons cependant que « le diagnostic absolu » en psychiatrie n'est pas possible dans le cas du transsexualisme et que la psychiatrie se base alors sur un « diagnostic différentiel » pour se prononcer. Mais hormis cette nuance, le rôle de l'aveu en psychiatre semble intact. Foucault distingue trois méthodes d'aveu : la drogue, l'hypnose et l'interrogatoire. Il dit de ce dernier, qui semble être le plus proche du « suivi » psychiatrique et du « real life test », qu'il a un « aspect disciplinaire [...] dans la mesure où il s'agit dans cet interrogatoire d'épingler un individu à son identité, de l'obliger à se reconnaître dans son passé, dans un certain nombre d'évènements de sa vie ».

De cet interrogatoire, quatre types d'éléments sont recherchés nous dit Foucault. Premièrement « l'hérédité », « un substrat méta-organique » : « l'hérédité, c'est une certaine manière de donner corps à la maladie au moment même où l'on ne peut pas situer cette maladie au niveau du corps »<sup>502</sup>.

Le second élément : les « dispositions et les antécédents individuels » « Ceci suppose en fait que la maladie s'est toujours précédée elle-même, même dans le cas où il s'agit de maladies qui sont marquées par leur soudaineté – même dans ce cas il faut trouver des éléments antécédents »<sup>503</sup>.

Le troisième élément est un croisement de la « responsabilité » et de la « subjectivité » : il interroge alors sur « les motifs » qui justifieraient la présence du patient. Les raisons peuvent être ainsi transformées en symptômes.

La quatrième fonction de l'interrogatoire est alors la validation de l'horizon psychiatrique : celui du délire, de la folie ou du trouble.

---

<sup>501</sup> FOUCAULT Michel « Le Pouvoir psychiatrique », Gallimard, 2003, p.268.

<sup>502</sup> Ibid. p.273

<sup>503</sup> Idem

On ne peut que faire la parallèle avec le « suivi » protocolaire qui propose ou impose, dans le real life test notamment, des retours d'expériences et d'impressions et qui permettraient que le passé individuel ressurgisse et fasse sens. Les quatre caractéristiques foucaaldiennes de l'aveu en psychiatrie semblent ici restituées : la recherche d'un « environnement familial » pour le dire en des termes propres à la psychologie ; des « dispositions individuelles » pour le dire en des termes propres à la psychiatrie et à la neuropsychiatrie ; la recherche du lien « responsabilité-subjectivité » qui s'éprouve à l'aune d'un real life teste (en (im)posant la question : « suis-je prêt ? » par exemple) et la recherche d'une auto-justification interne des étapes protocolaires qui, en cas d'échec, justifie le tri, et en cas de succès, justifie la présence de ce même protocole.

Quant à la dimension éthique des tests, ils semblent être plus attachés à la protection d'un « pré carré » psychiatrique autour du transsexualisme qu'à l'élaboration d'une pratique éthique en la matière. Et si l'éthique était confondue avec la prévention du risque ? Par « éthique », nous voudrions comprendre que les praticiens entendent à la fois « le moins d'erreurs possible » et la « meilleure intégration possible » pour leurs patients. Mais dans ce cas, pourquoi maintenir une telle pression du côté des normes de genres lorsque les expressions de genre les débordent ? J'entends alors l'argument de la réception sociale de la transidentité ainsi que l'argument d'un hypothétique regret : « *la société n'est pas prête* » « *certains, très peu, mais certains regrettent* » me dit une psychiatre protocolaire. Dans l'Observatoire Des Transidentité, nous avons répondu ainsi à la dernière affirmation :

*« Cela nous rappelle tristement le film « Harvey Milk » dans lequel, selon un principe de précaution, les homosexuels étaient tenus à distance de l'enseignement. De peur d'une faute (celle du pédophile, alors forcément homosexuel) on privait tous les autres du droit d'enseigner. »<sup>504</sup>*

---

<sup>504</sup> Observatoire Des Transidentité, « réponse à la SOFECT », Avril 2011.

A lire sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/article-reponse-a-la-sofect-72841814.html>

Quand à la première affirmation, qui fait peser, sous la forme d'une question d'éthique, l'impossibilité de la société à accepter de tels changements, il me semble que Maëlle Chabert y répond fort bien : « *On ne « blanchit » pas la peau des noirs parce qu'il existe des racistes. On ne soumet pas un enfant obèse à une liposuction parce qu'on ne trouve aucune boutique de vêtements dont les tailles ne dépassent le 44.* »<sup>505</sup>

### ***2.1.5 En dehors des protocoles : un monde médical hostile, impuissant ou transfriendly***

Zackery est un jeune Trans de 21 ans. Il a été suivi par un protocole, mais a décidé de suivre son propre parcours. Il s'oriente dans un premier temps vers un protocole hospitalier avant d'opter pour un parcours « libre » de changement de sexe, avec l'appui d'un chirurgien et d'un psychiatre exerçant dans le privé. « *Mon premier rendez-vous avec un médecin de l'équipe off (officielle), c'était le 4/07/07.* » Comme dans de nombreux cas, Internet et le monde associatif apportent une aide précieuse. « *Lorsque je me suis "découvert" j'ai demandé sur le seul forum ftm de l'époque un psy en privé sur ma ville et ils m'ont orienté vers une association. Là-bas, on m'a donné l'adresse du "meilleur psy" : « il a l'habitude et il bosse en équipe". C'était le professeur X.* » Zackery s'oriente donc vers une équipe hospitalière, à laquelle il adresse une demande de changement de sexe.

Mais la démarche s'avère longue et incertaine « *Il a toujours été très flou, du genre : « Pour les hormones il faut attendre un peu » « Pour l'opération faut d'abord qu'on discute quelque temps, je ne sais pas combien exactement »... ».* Après six mois de suivis, Zackery désire aller plus loin dans le changement, notamment obtenir des hormones. Mais le psychiatre qui le suit refuse. « *Et quand je me suis rendu compte de ce qu'il était, je lui ai demandé une attest' pour me faire opérer ailleurs, après 6 mois de suiv).*

---

<sup>505</sup> CHABERT Maelle « Les identités plurielles », Dossier « Identité plurielle et identité intersex en débat », Observatoire Des Transidentités, Juillet 2010.

A lire sur : [http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/pages/Les\\_identites\\_plurielles-5476680.html](http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/pages/Les_identites_plurielles-5476680.html)



*Il s'est levé, a ouvert la porte et m'a dit "Je crois qu'on ne s'est pas compris, au revoir ». Avec l'aide de forums, il parvient à obtenir l'adresse d'autres praticiens, dans le privé : « Les infos circulent dans les assos, mais les seules que je connaisse ne sont pas vers chez moi, donc pour trouver la personne qui a le nom d'un médecin dans ta région.... Il y a 4-5 ans, il n'y avait aucune asso ftm à ma connaissance. Il y avait un forum (le forum vert, ftm-transexuel-info ou un truc comme ça), et on avait une énorme base de données en accès libre (que même moi j'ai aidé à compléter). »*

*« J'ai beaucoup été aidé par le forum de Lazz (rose) au début de ma transition. Il a fermé et a été remplacé par le forum vert. Mais les infos sont toujours là pour les débuts de transition. »*

*Cette expérience lui fait comparer les deux modes de suivis : « Le protocole, c'est assez humiliant, on se sent devant Dieu, le mec sait tout et toi tu sais rien, et il n'est là que pour ton bien, et aucun respect, car tu n'as pas le choix de toute façon... ». Du psychiatre hospitalier qui le suivait, il ne garde pas de bons souvenirs : « Il avait le bureau en bordel, il mettait la moitié de la séance à retrouver le dossier et à le relire. On sent vraiment qu'un parcours c'est deux ans d'attente pour te faire chier. Il avait vraiment rien à faire de la personne qu'il avait en face, on sent qu'il pose les mêmes questions à tout le monde et fait des croix dans son tableau (Suivi Zack J-729). Il sourit quand on lui donne son chèque à la fin par contre. [...] Le protocole c'est un entretien d'embauche. On est là pour convaincre. On a pas le droit à l'erreur, faut être sous contrôle à tout moment. [...] ».*

*Le suivi hors protocole est selon lui « Très différent de l'expérience avec l'équipe officielle, genre le psychiatre qui essaye de me faire rentrer en équipe off à mon insu, juste en me disant que lui, il travaille avec ses amis, c'est tout... Ou l'endoc qui me voit 5 fois et qui me répète pendant une heure qu'on donne pas d'hormones aux gros...sinon le gros peut mourir ! Ou le gynéco qui m'a surtout mené à 3 ans de thérapie et 4 mois d'antidépresseurs. Ça montre à quel point il a été violent autant physiquement que psychologiquement)*

Mais quitter le protocole n'est pas sans risques. Il faut trouver des adresses, de bons praticiens, près de chez soi et ayant une bonne réputation de préférence : « *Quand on tombe sur le bon psy, c'est trop beau pour être vrai !* ». À force de bricolages, de carnets d'adresses entrecoupés, il parvient à se constituer son équipe. « *Dans l'ensemble ça vaut le coup, car on tombe parfois sur des médecins très sympas, ouverts, qui s'intéressent à notre cas, certains qui en ont vu d'autres, etc.* Les psychiatres et les endocrinologues qui veulent bien suivre les Trans sont rares. Il faut donc jongler avec les rendez-vous et les distances : « *C'est très compliqué ! Depuis que j'ai quitté l'équipe, ça n'a pas arrêté... J'ai mis des années à trouver un psy (sur Toulouse, car ceux rencontrés dans ma ville me disent que suivre un trans' c'est réservé aux "spécialistes" !). Un suivi endocrino, max tous les 6 mois, est quasi-obligatoire, or je n'en ai pas vu depuis 2 ans (car elle est sur Paris et je n'ai pas le courage de recommencer tout ça, ni l'argent pour prendre 2000 rendez-vous avec des docteurs). Donc pour mes bilans, ben une petite prière le soir pour que tout aille bien ! Pour l'instant ça marche... »*

Depuis, Zackery a bénéficié d'une torsioplastie. Il envisage désormais une hystérectomie. « *Les chirurgiens pas la peine d'en parler, depuis 3 ans je cherche un obstétricien... Donc vraiment un gros parcours du combattant ! Les listes de médecins transfriendly ftm sont gardées et c'est pas évident d'avoir les infos »*

Aujourd'hui, il conseille aux personnes concernées d'aller sur Internet et de se renseigner :

« *Les livres/magazines m'ont plutôt aidé à trouver ma place dans le milieu Queer/féministe. En tout cas je n'ai jamais fait confiance aux médecins, j'ai tout basé sur l'expérience des autres ftm sur les forums. Des rencontres aussi, des gens rencontrés sur le forum de Lazz, puis à l'existrans. Il y avait vraiment tout le monde sur ce forum à l'époque, on se connaissait tous! Mais 95% de mon savoir sur la transition provient des forums et de ma propre expérience.* ». À l'inverse, il déconseille les équipes hospitalières : « *Bref, je ne conseillerai à personne de faire un parcours dans les équipes off* ». Pour lui, elles sont beaucoup trop « *humiliantes* ».

Si les identités Trans évacuent les références pathogènes, c'est aussi en « bricolant » elles-mêmes leur rapport au monde médical. Nous l'avons vu, tous les Trans n'ont pas besoin d'un médecin pour effectuer une transition. Le travestissement offre des moyens non médicaux pour des expériences pourtant transidentitaires. Mais pour ceux qui décident d'une modification corporelle hormonale ou chirurgicale, le monde médical est incontournable (excepté pour les personnes qui s'auto-médamentent et qui trouvent cependant des conseils de type médicaux au sein des associations, des forums ou des groupes d'auto-support). Cela ne signifie pas que la transition se définisse et se vive uniquement sous les prismes médicaux, mais cela signifie tout du moins qu'elle se confronte, au moins une fois, à l'espace médical. Trois « types » de rapports médicaux sont alors visibles : 1- Des rapports hostiles guidés par l'ignorance ou un réel rejet du sujet transidentitaire ; 2- Des rapports d'impuissance dont nous verrons qu'ils sont autant le fait du médecin non-hospitaliers que des protocoles eux-mêmes et 3- Des rapports plus bienveillants, « transfriendly » dirait-on dans un vocabulaire militant, pour lesquels les noms des praticiens sont gardés et transmis dans les réseaux. N'étant plus dans l'idéal du système fonctionnaliste de la relation patient/médecin<sup>506</sup> prédéfinissant pour chacun un rôle et une place, la relation au patient, au malade, à la maladie, aux soins et aux soignants se complexifie. D'une part, car, à l'image des reconfigurations imposées par le SIDA et des activistes (notamment Act-Up) dans la relation au traitement, les patients sont souvent plus « sachants » que les savants concernant leurs demandes. D'autre part car, entrant dans des sphères conflictuelles et morales, la question transidentitaire touche au plus profond des conceptions médicales sur l'être, le corps et le bien-être.

L'observation que je vais tenter de restituer ici est donc le fruit de longues cooptations entre associations d'usagers, personnes concernées et médecins. Toutes n'ont d'ailleurs pas forcément abouti à l'ouverture d'un espace d'écoute ou de soin. L'abandon d'une vision apaisée des rapports médecins-patients, donne à voir de nouveaux agencements relationnels entre les parties, qui pourraient ressembler à ce que Freidson<sup>507</sup> nomme « un modèle conflictuel ». Dans une optique interactionniste, ce modèle présente les malades et les médecins comme ayant des intérêts divergents. De manière rationnelle, ces derniers développent des stratégies en fonction de leurs intérêts propres, desquelles peuvent résulter des oppositions (entre culture savante et culture profane, entre croyance des uns et croyance des autres, entre une logique de soin et une logique d'autonomie etc).

---

<sup>506</sup> TALCOTT PARSONS, *The social system*, New York, The Free Press, 1951.

<sup>507</sup> FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Payot, 1984.

À l'inverse, une relation plus apaisée peut être aperçue dans ce qu'il s'agirait de nommer un modèle « consumériste » de la relation soignant/soigné. Le médecin devient alors, soit un conseiller soit « un prestataire de soins ». Il me semble que l'on retrouve ces deux modèles dans les différents rapports actuellement visibles entre « patients » transidentitaires et médecins.

Le premier profil relate des expériences douloureuses de la part des patients. Il renvoie à ce que je nomme un rapport hostile à la transidentité et aux demandes qui sont faites en ce sens au corps médical. Pour ces médecins (psychiatres, endocrinologues etc), les équipes protocolaires sont seules à pouvoir juger de la demande. Mais pour certains d'entre eux, le jugement est plus radical puisqu'ils nient même qu'une opération puisse être la solution aux « troubles » observés. Quand Mélanie (37ans) a débuté sa transition elle ne savait pas à qui s'adresser :

*« Les assos ? Y'en avait à Paris je crois, mais c'est tout. Et donc au début je ne connaissais pas les protocoles ni rien. J'avais entendu parler des opérations etc, mais je ne savais même pas que ça se faisait à côté de chez moi. À l'époque j'étais suivie par une psychiatre qui me conseillait des séances de psychanalyse. J'ai attendu deux ans je crois avant de claquer la porte de son cabinet. Elle voulait pas entendre parler d'opération et c'est une amie qui m'a dirigé vers le protocole. Elle, elle m'avait rien dit. Deux ans de psychanalyse. Je sais pas, ça a peut-être servi à quelque chose, mais on n'impose pas ça à quelqu'un qui souffre, parce qu'à l'époque j'étais plus que mal. »*

Clément (31ans) revient sur son parcours. Les débuts ne sont pas convaincants : le « psy » rencontré ne sait pas comment répondre à ses demandes. *« J'ai débuté mon parcours par un psy que j'avais trouvé un peu au hasard comme ça. Je savais pas vraiment où m'adresser, je finissais même par me demander si j'étais le seul dans ce cas. J'avais vu des MtF mais pas des FtM. Alors je savais pas trop. »* *« C'était un psychanalyste je crois. Mais il était encore plus perdu que moi. Il croyait que j'étais homosexuelle. Pour lui, c'était certain j'étais lesbienne. J'avais beau lui expliquer et tout, rien à faire. C'est comme si tu parlais à un mur. »* Le parcours de Clément bifurque lorsqu'un forum fournit à Clément les éléments d'informations dont il a besoin : *« Heureusement je suis tombé sur un forum et j'ai vu comment il fallait faire. »* Clément décide donc de *« monter son propre protocole »*.

Il a décidé de ne pas passer par un protocole hospitalier : « *Non. Je me suis débrouillé avec un endocrino* ». Il décide aussi de se séparer du psychanalyste chez qui il avait demandé conseil : « *A la fin oui je l'ai quitté. Parce que selon lui j'étais lesbienne et pas trans'. Il pensait vraiment que c'était de la folie de s'hormoner. Il me l'a pas dit comme ça, mais il me l'a fait comprendre. J'ai fini par lui apprendre ce que c'était d'être trans' en fait. Je venais et il me disait presque « Alors ? J'apprends quoi aujourd'hui ? »* ».

Le second type de praticien révèle une « impuissance » à traiter le cas. Ces médecins aussi renvoient aux protocoles les différents patients qui s'adressent à eux, non pas pour s'en débarrasser, mais parce qu'ils avouent ne pas savoir comment s'y prendre. Raphaël m'explique que « *Après le rapport de la HAS qui expliquait qu'il fallait passer par un protocole, tous les médecins de la région ont arrêté de fournir des hormones. On a mis du temps à en convaincre de nouveau qu'on pouvait faire sans l'opération ou sans la psychiatrie aussi* ». Ajoutons cependant que certains praticiens reconnaissent que leur impuissance n'est pas tant le fait de leur incapacité clinique ou théorique à traiter une demande, mais provient plutôt des pressions exercées par les praticiens hospitaliers afin que ces derniers n'effectuent plus de suivis sans la tutelle protocolaire.

Le docteur T. est endocrinologue. Il travaille dans son cabinet, dans le même département qu'un des protocoles français de changement de sexe. Il était connu pour fournir aux personnes Trans des hormones avec un suivi régulier et sérieux. Mais les derniers patients qui lui sont envoyés entendent tous la même réponse : « *J'ai été appelé par l'équipe du professeur M. [endocrinologue dans un protocole] et je ne peux plus prescrire des hormones comme ça.* » Le refus n'est pas si catégorique : il se plie cependant aux règles protocolaires. « *Apportez moi un avis psychiatrique et nous verrons ce que nous pouvons faire* » répond-t-il aujourd'hui.

Le professeur L. est psychiatre. Il suit depuis maintenant une quinzaine d'années des personnes en transition dans le Nord de la France. Il a commencé par envoyer plusieurs de ces patients en vue d'une opération vers le protocole le plus près en attestant d'un suivi psychiatrique et endocrinien. À réception de ces courriers il m'explique que les membres du protocole lui ont alors proposé « *de reprendre les suivis à zéro pour que ses patients puissent être orientés vers un chirurgien* ».

Aujourd'hui, il envoie ses patients à l'étranger. S'il continue à recevoir des personnes en demande de transition, il se refuse dorénavant à promettre et même à tenter des demandes de remboursements pour ces patients au sein de protocoles français.

Le professeur R. est chirurgien. Il a opéré de nombreux MtF pour des augmentations mammaires dans sa clinique privée. Il est en lien avec le protocole de la ville où il professe et appelle parfois ses collègues de l'hôpital public pour obtenir des conseils. Selon ces mêmes collègues « *il a sûrement fait des vaginoplasties mais nous n'en avons jamais eu confirmation* ». Officiellement par souci éthique, une de ces collègues m'explique qu'elle a elle-même « *décroché le téléphone pour lui exprimer [leur] inquiétude* ». « *Vous comprenez, il n'est pas même certain qu'il eût, je ne sais pas moi, un suivi psychologique au moins, avant les opérations* ». À sa connaissance, le professeur R. ne professe plus dans la région. Et d'après les personnes Trans qu'il suivait, il refuse à présent de prendre quelconque rendez-vous pour ce type de suivi.

Enfin, un troisième cas apparaît, celui du médecin « transfriendly », dont l'adresse et le numéro de téléphone sont précieusement conservés et diffusés par les associations<sup>508</sup> de manière à obtenir plus facilement un avis psychiatrique pour une opération à l'étranger, un suivi endocrinien ou un renouvellement d'ordonnance. Il assure un suivi jugé plus « humain » par les personnes concernées ou par les associations. C'est ce qu'expriment Alban et Julie :

*« J'connais bien mon chirurgien oui. En fait il est hyper connu, dès que t'as suffisamment d'argent pour ta torso c'est chez lui qu'il faut aller. Tous mes potes FtM c'est là-bas qu'ils sont partis se faire opérer. [...] Dans la salle d'attente t'es certain de retrouver un mec avec qui t'a chatté sur un forum trans' ou un truc dans le genre. » (Alban, 24ans)*

*« La semaine dernière, par exemple, j'ai reçu un mail d'une personne que j'avais vue à une réunion et à qui j'avais parlé de mon endocrino. Bon, moi, je sais que c'est pas pareil pour tout le monde, mais j'ai préféré avoir plusieurs avis. J'ai pris mon vélo, et j'ai frappé à la porte de plusieurs endocrino. Évidemment dans le lot y'en a toujours un ou deux qui sont un peu surpris, mais en général ça se*

---

<sup>508</sup> On notera à cet effet l'existence de listes de praticiens qui circulent au sein d'associations avec, inscrit dans une colonne ou émarginé, les avis, en retour, des patients.

*passé bien. Et c'est comme ça que j'ai trouvé le mien. J'ai passé l'adresse à des copines aussi, mais je leur ai dit de faire attention, de pas le passer à n'importe qui parce que si un jour ça vient à monter aux oreilles du protocole j'ai pas envie qu'il se fasse taper sur les doigts. » (Julie, 59ans)*

Ceci donne une indication décisive quant au statut de la relation entre le patient et le médecin : il ne s'agit plus forcément d'un suivi, mais d'un accompagnement dans un modèle qui n'est plus celui de la confrontation médicale de par des positions et des représentations antagonistes, mais dans un modèle de l'ordre négocié entre la demande de soin et l'offre de soin. Peut-être aussi que cette reconfiguration implique d'autres aménagements : en termes de hiérarchie entre les savoirs notamment ou en terme de renégociations des théories et des aprioris.

Pour que les décisions soient acceptées, elles sont alors partagées dans une vision « partenariale » de l'acte médical. Mais pour obtenir un suivi de cet ordre qui soit à la fois un suivi psychiatrique et endocrinien il faut parfois bricoler, socialement et géographiquement, entre différents médecins, entre différentes « réputations ». L'individu bricoleur « unit », « complète », « rassemble » des éléments disparates pour l'unification d'un parcours sous tensions du fait même de la précarité des données et de leur hétérogénéité. Si nous avons pu envisager un certain « bricolage identitaire » de type narratif, il s'agit ici d'appréhender un bricolage plus « pratique », relatif à la constitution d'un parcours en tant que parcours médical et géographique. En ce sens, bricoler un parcours relève à la fois d'une prévision et d'un assemblage dans l'action<sup>509</sup>. Jamais les réputations des médecins que l'on projette de rencontrer ne rejoignent réellement les expériences vécues et les avantages perçus par les uns ne compensent pas toujours les coûts existants pour les autres. Dans un univers médical parfois hostile, souvent impuissant (ou inversement), il est à la fois risqué et nécessaire de « prospecter » pour un meilleur suivi, pour un praticien plus à l'écoute, avec une meilleure réputation.

---

<sup>509</sup> Lire sur « l'identité bricolée », MARTUCCELLI Danilo, « Grammaire de l'individu », Gallimard, 2002, pp.382-386

## 2.2° DES ÉPREUVES INDIVIDUELLES AUX RÉOLUTIONS COLLECTIVES

Dans son article sur « les normes de genre » et les « corps trans », Éric Macé pose la question suivante : « *une approche sociologique des carrières de (dés)identifications de genre est-elle possible ?* »<sup>510</sup>. Dans un contexte où le rapport sexe/genre est marqué par une remise en cause de la centralité du « biologique », du « médical » et du « pathologique » dans la désignation des formes « excentriques » à ce même rapport, nous serions en mesure de prendre en considération l'ensemble des nouvelles formes d'expressivités et de réflexivités qui s'organisent autour du sexe, du genre, et du changement de sexe. Pour répondre à sa question, Éric Macé écrit :

*« On pourrait dès lors penser l'identification de genre en raisonnant, toujours à la manière d'Howard Becker, en termes de « carrières » et plus précisément en termes de « carrière d'identification de genre » en défendant toute la dimension contingente et réflexive qu'y introduit Becker, c'est-à-dire de transformation des possibles et du désirable par chaque épreuve genrée et sexuelle de l'expérience sociale. »*<sup>511</sup>

Il note à juste titre que l'analyse des carrières « d'identification de genre » pourrait s'effectuer de deux sortes. Premièrement, il s'agirait, à la manière de Murielle Darmon d'en repérer les étapes qui, n'agissant jamais de manière synchronique, se produisent pour produire un « devenir » dans les termes d'une « carrière ». Nous pourrions faire de même concernant la question Trans, mais l'on remarquerait vite que les étapes d'une carrière d'identification de genre, qu'il s'agisse d'ailleurs d'une carrière d'identification de genre transgenre ou d'une carrière d'identification de genre cisgenre, ne jouent pas que sur des « étapes » d'un parcours, mais sur des « logiques » qu'il s'agit d'identifier. La question du « comment » dépasse donc la question du « quand » dans une suite d'évènements.

Deuxièmement donc, l'analyse des carrières pourrait s'effectuer de manière non pas diachronique, par phases, par paliers, mais de manière plus située, « presque idiosyncratique ».

---

<sup>510</sup> Idem p.386

<sup>511</sup> MACE Eric, op. cit.



*« Il s'agirait plutôt de rendre compte comment chaque individu en vient, du moins provisoirement au moment du récit qu'il en fait, à définir son identification de genre, entendu comme le produit contingent et singulier (Martuccelli, 2010) de la tension structurelle entre ses identifications de genre attribuées ou assignées et ses identifications de genre adoptées ou désirées »<sup>512</sup>*

C'est cette option que je vais tenter de privilégier en insistant sur les ressorts des identifications Trans autres que « transsexuelles », au sens de la définition stricte des protocoles, et en revenant sur quatre points précis : 1- la confrontation au privilège cisgenre et l'expérience de la discrimination ; 2- les ressorts de la transparentalité et de la transconjugalité ; 3- les enjeux d'une sexualité dépathologisée, 4- l'expérience militante.

### **2.2.1 « Cisgenrocentrisme », « transphobie » et le placard Trans**

Au-delà du médical, la transidentité impose d'observer l'ensemble des réticences, des empêchements et des discriminations qui sont autant d'écueils dans les parcours transidentitaires. Si nous définissions la transphobie comme de l'hostilité envers les personnes transsexuelles, nous limiterions les discriminations aux personnes ayant subi une intervention chirurgicale de réassignation de sexe dans les protocoles français. Or, la transphobie regroupe plus généralement les préjugés et les discriminations perçues et vécues par les personnes Trans. Comme toute phobie, la transphobie ne se dit pas spontanément : elle prend tour à tour la forme de l'homophobie, du sexisme, mais rarement celle d'une opposition franche à la transidentité. Nous l'avons vu, la transphobie n'apparaît d'ailleurs pas dans les textes juridiques français, mais est relayée par les termes d'homophobie ou de discrimination liée au sexe ; et c'est sous ces appellations que de nombreux cas de discriminations Trans (notamment dans le monde du travail) ont récemment été reconnus sans être distingués des actes homophobes ou sexistes. Pour les personnes Trans, les écueils se cumulent parfois : entre sexisme et transphobie, comment dénouer ce qui entraîne l'un ou l'autre ? Une amie Trans me dira un jour, non sans une pointe d'ironie : *« J'ai enfin compris ce qu'était « être une femme » lorsque mon salaire n'a plus augmenté ».*

---

<sup>512</sup> MACE Eric « Ce que les normes de genre font aux corps, ce que les corps trans' font aux normes de genre », Sociologie n°4, vol.1, 2010, p 487-516.

Il n'est donc pas facile de distinguer ce qui relève d'un rejet face au changement de sexe ou d'un rejet face à l'altérité de genre en général. Kevin me raconte ses derniers mois de travail. Dans sa boîte, tout le monde semblait accepter sa transition, y compris sa hiérarchie. Mais ce n'est qu'une fois sa transition terminée que les premiers problèmes sont survenus. D'abord il y eut la demande de changement de prénom. *« J'étais un peu étonné, j'avais comme des réticences alors que personne n'avait rien dit du tout pendant ma transition... Et là, pour un simple prénom ils ont fait tout un remue-ménage de papier et tout et tout pour au final me dire que c'était pas possible. Genre, changer une adresse mail c'est compliqué ! »*. Puis, les demandes de rendez-vous de la hiérarchie sont devenues plus fréquentes : *« Une fois j'étais stressé, une fois je paraissais trop fatigué... »*. Kevin sentait bien qu'une certaine tension allait en augmentant lors de ces entretiens :

*« Ils ont fini par m'avouer qu'ils étaient gênés de ma demande pour le prénom et pour le mail, que c'était pas facile pour des collègues ou je sais pas qui... des clients aussi... ils voulaient me faire culpabiliser »*. Jusqu'au jour où *« le patron m'a demandé si je voulais pas démissionner, un truc à l'amiable, mais démissionner quand même »*. *« C'est bon, c'était plié. J'avais à peine acquiescé qu'on me faisait signer des papiers. »*

Quand je demande à Kevin s'il souhaitait vraiment démissionner il répond : *« j'avais le choix entre me retrouver sans rien et supporter les « mademoiselles » de mon patron et de quelques-uns de mes collègues. C'est dur, mais c'est vite vu »*. Je demande alors à Kevin si, selon lui, c'est à cause de sa transidentité qu'il se retrouve sans emploi :

*« J'sais pas. D'un côté ils disent rien pendant la transition et de l'autre faudrait pas que mon changement perturbe trop la boîte. C'est comme si être trans' c'était un truc privé et donc que j'avais pas à en parler. Dans ce cas, oui, c'est ça, c'est parce que je suis trans' que j'ai plus ce taff. Mais en même temps j'aurais dit que j'étais homo ça aurait été pareil j'crois. C'était une sorte d'ambiance comme ça, tu sais, où tu peux rien dire sans être taxé de communautaire »*

Les exemples comme celui de Kevin sont nombreux, mais ils ne sont pas toujours rendus publics. Selon l'enquête menée par l'Institut pour l'égalité des Femmes et des Hommes en Belgique, seules 59% des personnes Trans sondées ont un emploi<sup>513</sup> (alors que selon cette même enquête, les personnes Trans sont plus diplômées que la moyenne nationale belge, avec 24% de diplômés de l'enseignement universitaire contre 12% pour la population globale)<sup>514</sup>. On retrouve ces mêmes chiffres du chômage dans l'enquête de Stephen Whittle indiquant un taux de chômage de 39% pour les MtF et de 35% pour les FtM<sup>515</sup>. La faible visibilité des populations Trans rend difficilement chiffrable la transphobie. Cependant, au travail comme au sein de la famille, les récits Trans liés aux discriminations révèlent la présence de nombreuses réticences. Concernant les rapports familiaux, l'enquête d'HES et du MAG<sup>516</sup> concernant les jeunes Trans montre que 22% d'entre eux connaissent des problèmes avec leurs proches.

Dans le monde du travail comme dans la famille, avant la transphobie, il y a toutes les incompréhensions, les maladresses. C'est d'ailleurs à cet effet que l'association Mutatis Mutandis a publié un fascicule pour « comprendre les salarié.es » Trans<sup>517</sup> et que d'autres fascicules existent, comme celui de l'association Chysalide, intitulé « La transidentité et les proches ». Pour qu'il y ait transphobie cela nécessite la jonction de deux phénomènes : une production technique, juridique, d'un corps Trans (ou l'expression d'une transidentité) et un système de réaffirmation de la norme de genre, une police de genre. La transphobie est donc l'expression d'un conflit de définition entre, d'une part des représentations et des pratiques hégémoniques de sexe et de genre fixes et binaires (homme = masculin ; femme = féminin) et d'autre part, des corps aux pratiques et aux expressions qui perturbent l'équation sexe dit « masculin » = homme = masculinité (et ce le temps d'un instant, l'espace d'une transition ou durant toute une vie). C'est donc dans la confrontation entre le « corps Trans » et la « norme de genre » qu'apparaît la transphobie.

---

<sup>513</sup> Alors que le taux de chômage en Belgique en 2009 était de 8%.

<sup>514</sup> MOTMANS Joz, rapport « Être transgenre en Belgique, Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres ». Institut pour l'égalité des hommes et des femmes. Bruxelles. 2009. (p.102)

<sup>515</sup> WHITTLE et al, « Transgender eurostudy », 2008, p.47.

Ces chiffres portent sur une moyenne européenne. A la même date, soit en 2008, le taux de chômage moyen en Europe était de 7%.

<sup>516</sup> [http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Rapport\\_Prelim\\_Enquete\\_JeunesTrans\\_Avril2009\\_Vfinal.pdf](http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Rapport_Prelim_Enquete_JeunesTrans_Avril2009_Vfinal.pdf)

<sup>517</sup> DUMONT Léa, « Présentation du guide employeur (réalisé par l'association Mutatis) », *La transidentité : des changements individuels au débat de société* (dir. Arnaud Alessandrin), L'Harmattan, 2011.

C'est ce que rappelle l'association Chrysalide lorsqu'elle définit la transphobie comme une « *discrimination exercée à l'encontre des personnes trans. Elle se manifeste par des comportements irrespectueux, de rejet ou de violence* »<sup>518</sup>.

La transphobie est un ensemble d'écueils qui parsème les parcours transidentitaires sans que l'on puisse réellement les caractériser comme tels, notamment dans des espaces où la lutte contre la discrimination envers les Trans n'est pas encore parvenue. Il faut donc distinguer la stigmatisation et la discrimination. Je pense notamment au monde éducatif. Toujours selon l'enquête du Mag et d'Hes, 15% des jeunes Trans eu connu des problèmes dans leurs études du fait de leur transidentité. Il faudra donc se questionner sur le vécu des jeunes Trans à l'école<sup>519</sup>. Les débats récents sur la place du « genre » dans les manuels scolaires en SVT (Science et Vie et de la Terre) expriment bien toute la difficulté à faire émerger dans un espace pensé comme neutre (l'éducation nationale, l'école, la classe) les éléments d'un particularisme immédiatement rabattus sur du communautarisme ou du prosélytisme. Les affiches ci-dessous, respectivement issues de la campagne de Christine Boutin pour la suppression du « genre » dans les manuels scolaires (à gauche) et de la contre campagne d'HES (à droite), illustrent bien cette tension.

---

<sup>518</sup> Chrysalide, fascicule : « la transidentité, la transphobie », 2009.

Association Chrysalide sur : <http://chrysalidelyon.free.fr/>

<sup>519</sup> LATOUR David, « Des élèves trans à l'école des filles et des garçons », Cahiers de pédagogie n°487 « filles et garçons à l'école », 2011.



Ce qui caractériserait alors la transphobie ne serait-il pas une peur liée à l’anticipation des actes transphobes du fait d’une expérience passée ? Patricia me raconte : « *Quand je viens au local LGBT de ma ville je suis rarement habillée en fille. Y’en a d’autres qui le font je sais. Mais une fois je me suis faite agressée et depuis j’ai peur qu’il m’arrive quelque chose.* » Et l’on pourrait ainsi poser la question des premières expériences d’altérité de genre, notamment dans le milieu scolaire, tout en prenant en compte les « polices de genre », c’est-à-dire des « *des instruments de contrôle* »<sup>520</sup> sur le genre, qui s’exercent au sein des établissements<sup>521</sup>, mais aussi au sein de la famille, première instance de socialisation de laquelle émane des dispositifs et des représentations en faveur d’une fabrique du genre, différenciée et hiérarchisée. C’est donc l’accumulation des expériences de confrontation avec la police de genre qui cristallise le sentiment de discrimination ou d’injustice.

<sup>520</sup> DORLIN Elsa, « Les putes sont des hommes comme les autres », *Presses de sc. po* 11, pp. 117-132, 2003

<sup>521</sup> AYRAL Sylvie, *La fabrique des garçons : sanctions et genre au collège*, PUF, 2011. Selon elle, les sanctions renforcent les identités viriles et agissent comme des « médailles de virilité » auxquelles se réfèrent garçons et filles au collège.

Olivier, jeune FtM étudiant, revient sur son expérience scolaire : *« A l'école tu sais j'disais trop rien. Certains savaient, enfin, mes meilleurs amis, mais pas tous. Les profs et tout ils savaient rien. J'étais comme maintenant quoi. Sauf qu'on aurait dit une fille un peu masculine. J'ai jamais eu de réels problèmes avec ça si ce n'est des insultes comme ça, mais rien de grave. Enfin si c'est grave les insultes, ça ne fait pas plaisir, mais voilà, c'est toujours mieux que de se faire agresser. »* Les insultes il les connaît *« par cœur »* et arrive à en rire : *« Ils me disaient que j'étais lesbienne surtout ou masculine. J'ai même eu des « sale pédé » aussi. J' préfère « pédé » que « lesbienne » quand même (rires). »* Selon lui, l'expérience de la discrimination peut pousser certains Trans à ne plus oser prendre des risques. *« Si je m'étais fait agressé et tout, peut-être que j'aurais été encore plus discret. »* Dans son cas, tout s'est plutôt bien passé, mais il a cependant développé certaines stratégies pour parer à d'éventuels problèmes :

*« Là, ça va, j'ai juste appris à passer inaperçu en fait. À la fac personne le sait et c'est mieux comme ça. J'évite de me faire insulter comme ça. J'sais pas. C'est peut-être que j'ai pas envie de me refaire insulter comme avant. Tu vas te dire « le type il est parano et tout ». Mais en fait c'est juste que quand ça t'arrive une fois tu crois que tout le monde peut t'insulter ou des trucs comme ça. Donc t'évites d'en dire trop. »*

La lutte contre la transphobie est devenue un des enjeux des mouvements Trans en France, parfois aux côtés de groupes LGB ayant réussi à imposer au débat public leur vocabulaire et leurs actions. Comme pour la question de l'homophobie, le terme même de transphobie révèle parfaitement le renversement, « l'inversion », qui s'organise alors : si les phénomènes Trans ont souvent été questionnés par notre société, par nos psychologues, nos psychiatres, nos médecins ou nos juristes, c'est aujourd'hui au tour de ces mêmes phénomènes Trans de questionner nos rapports aux normes, nos rapports au genre. Selon Daniel Welzer Lang : *« L'homophobie est la discrimination envers les personnes qui montrent, ou à qui l'on prête, certaines qualités (ou défauts) attribuées à l'autre genre »*<sup>522</sup>. Cette définition est précieuse à plus d'un titre : elle joint d'une part le sexisme et l'homophobie dans un parallèle direct avec la notion de genre, et d'autre part elle dés-essentialise les caractéristiques supposées des individus, qui font d'eux des personnes discriminées.

---

<sup>522</sup> WELZER LANG Daniel, « L'Homophobie, la face cachée du masculin », in Welzer-Lang D., Dutey P.-J., Dorais M. (dir.), *La Peur de l'autre en soi, du sexisme à l'homophobie*, Montréal, VLB, pp. 13-92. 1994.

Mais Daniel Welzer Lang nous suggère d'aller plus loin dans la définition de l'homophobie en la distinguant de ce qu'il nomme « l'hétérosexisme ». Dans un article de l'Observatoire Des Transidentités il écrit :

*« Je distinguais alors homophobie de l'hétérosexisme : cette "promotion" incessante, par les institutions et/ou les individus, de la supériorité de l'hétérosexualité et de la subordination simultanée de l'homosexualité. L'hétérosexisme prend comme acquis que tout le monde est hétérosexuel, sauf avis contraire »<sup>523</sup>.*

Il me semble judicieux de suivre cette voie quant à la définition de la transphobie et de scinder cette dernière entre « transphobie » et « cisgenrecentrisme »<sup>524</sup>, c'est-à-dire entre ce qui pourrait juridiquement relever de la discrimination transphobe si la définition juridique de la transphobie existait<sup>525</sup>, ou bien, pour le dire autrement, des actes directement imputables à la reconnaissance de la transidentité comme origine et vecteur de la discrimination, et de manière plus générale, mais certainement plus présente, ce qui écarte l'altérité de genre du côté de l'anormal, de l'abject, et qui constitue un ensemble d'obstacles à l'expression et à la réalisation d'une transidentité.

Si j'effectue une différence entre « transphobie » et « cisgenrecentrisme » c'est pour deux raisons. La première pour montrer que si les choses ne sont parfois pas facilement isolables, il convient d'appréhender la complexité des logiques de rejets. La seconde raison est relative au glissement, non seulement sémantique, mais aussi causal, du rejet et de la discrimination. En effet, si la notion de transphobie incrimine plus le transphobe que le phobisé, elle élimine de son champ d'action l'ensemble des « allants de soi » culturels cisgenres qui disqualifient d'emblée les expressions transidentitaires. Comme le propose Dominique Schnapper, « *il ne faut pas seulement mesurer, il faut comprendre les processus sociaux qui aboutissent aux configurations observées* »<sup>526</sup>. La dénonciation des phobies ou leur mesure, articule non plus des variances culturelles, mais des oppositions transposables en droit.

---

<sup>523</sup> WELZER LANG Daniel, « Homophobie, biphobie, hétérophobie », Observatoire Des Transidentités, dossier « IDAHO » Disponible sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com>

<sup>524</sup> En référence à la « cisidentité »

<sup>525</sup> Sur l'aspect juridique de la transphobie, lire le rapport de Thomas HAMMARBERG (cf p.36)

<sup>526</sup> SCHNAPPER Dominique, « Idéal et limites de la mixité sociale », CNAF, *Informations sociales*, 125, 2005.

Cependant la phobisation des rapports sociaux de sexe et de genre tend à appauvrir *in fine* « l'empowerment » des minorisés, rabattues dès lors vers un statut de victimes et obligées pour en sortir, d'en appeler à un tiers étatique (le droit, la médecine etc...) dont la tutelle émancipatrice promet de rétablir l'être au regard de la société comme vis-à-vis de son propre regard. C'est pourquoi la mise en évidence du rapport « phobisant / phobisé » doit s'associer à la mise en cause des hétérocentrismes et « cisgenrecentrismes »<sup>527</sup> qui structurent les hiérarchies de genre et qui assurent un basculement vers une « inversion » des expériences.

Ce déplacement d'un objet d'analyse à un autre, des discriminés à défendre à un modèle centriste à remettre en cause, sera aussi l'occasion de discuter plus amplement non plus de la « question transidentitaire », mais de la « question cisidentitaire » en ce qu'elle produit un ordre des genres, c'est-à-dire des relations hiérarchiques entre les sexes et les genres, entre les expressions genrées et les différentes sexualités, dans une forte association sexe / genre / sexualité / conjugalité / parentalité.

Dans la transphobie, le premier rouage de la discrimination est donc directement imputable à la transidentité : c'est le fait d'être reconnu ou perçu comme transidentitaire qui concoure à l'acte discriminant. C'est ce qui est arrivé à Sophie<sup>528</sup>, lors d'un entretien d'embauche. Sophie avait un bon CV, de bonnes références. Elles étaient même selon le DRH « *impressionnantes* ». Passées les quelques interrogations sur la voix de la candidate, tout semble se dérouler pour le mieux. Mais, lorsque vint le moment de présenter ses papiers, le regard de son interlocuteur changea du tout au tout : « *Un I ? Mais ce n'est pas la vôtre* ». « *Ce que je cherche c'est un directeur commercial, avec un numéro de sécu normal. Et avec la clientèle on va avoir l'air de quoi ?* ». Malheureusement comme beaucoup de personnes en transition, Sophie n'avait toujours pas ses nouveaux papiers stipulant qu'elle était de sexe féminin. Évidemment, il n'en fallut pas plus à l'employeur pour alerter quelques-uns des collaborateurs qui se trouvaient à proximité. Après ce refus, infondé vis-à-vis de ses compétences, Sophie a par ailleurs retenté l'expérience, dans d'autres entreprises, mais les réponses sont toutes restées négatives. « *J'ai poussé la naïveté jusqu'à envoyer des candidatures expliquant ce que j'étais* ». « *Une seule entreprise m'a convoquée : on voulait juste voir la bête. On l'a vue* »

---

<sup>527</sup> « Cis » signifie « du même côté de ». Le « Cisgenre » s'oppose donc au « transgenre » au sens il questionne l'évidence du sexe ou du genre. Le « cisgenrecentrisme » serait alors cette évidence qu'un sexe anatomique aboutit à un genre réglé selon une binarité, une fixité et une hiérarchie entre masculin et féminin.

<sup>528</sup> Lire : SIMON Sophie, *Un Sujet de conversation*, Stock, Paris, 2004



La recherche américaine sur la question Trans, et donc aussi sur la question de la transphobie, est bien plus avancée qu'en France. En 2002, Hill propose une définition de la transphobie qu'il définit comme : « *Un dégoût émotionnel pour les personnes qui ne se conforment pas aux expressions de genre de la société* »<sup>529</sup>. Il met alors l'accent sur le phénomène de « transphobie » et de « gender bashing », ce que l'on pourrait traduire comme des expéditions punitives à l'encontre de l'altérité de genre : « *it's an assault and/or and harassment* ». Hill nomme cette logique de rejet le « genderism », c'est-à-dire :

*« Une idéologie qui renforce les impressions négatives sur la non-conformité de genre ou sur l'incongruence entre « sexe » et « genre ». C'est une croyance et une construction culturelle qui perpétue des jugements sur les personnes qui ne se présentent pas comme « homme » ou « femme » de manière stéréotypée. Ceux qui sont « genderistes » pensent que les personnes qui ne sont pas conformes aux expressions socioculturelles de genre sont atteintes d'une pathologie. Il en est de même pour l'hétérosexisme... »*<sup>530</sup>

Dans leur article « *Gender differences in correlates with homophobia and transphobia* »<sup>531</sup>, Julie Nagoshi et Katerine Adams proposent d'envisager l'homophobie et la transphobie par le prisme de l'altérité de genre comme élément perturbateur dans les interactions, revenant ainsi sur la définition précédente de Hill. Il existe selon eux une double expression de ce rejet : d'un côté une transphobie qui s'exprime à l'encontre des personnes Trans et de l'autre une logique plus diffuse, mais tout aussi dangereuse de rejet de l'altérité de genre qui vient corréler l'homophobie au sexisme et le sexisme à la transphobie.

Ce genderisme, c'est-à-dire l'idée selon laquelle la norme est l'association sexe-genre, se caractérise dans l'appréciation de la culture « cisgenre » et des « cisidentités » comme des expressions neutres et des identités « saines ». C'est en ce sens qu'il conviendrait de parler de « cisgenrocentrisme », en se référant à la notion d' « hétéocentrisme », pour signifier que toutes les personnes non-cisgenres ou perçues comme telles sont susceptibles d'être étiquetées

---

<sup>529</sup> (traduction à partir de) HILL Darryl, "Genderism, transphobia, and gender bashing : A framework for interpreting anti-transgender violence." In B. Wallace & R. Carter (Eds.), *Understanding and dealing with violence: A multicultural approach* (pp. 113–136). Thousand Oaks, 2002.

<sup>530</sup> (traduction à partir de) HILL Darryl ; WILLOUGHBY Brian, "The development and validation of the genderism and transphobie scale", *Sex Roles*, vol.53, n° 7-8, p.531, 2005.

<sup>531</sup> NAGOSHI Julie, ADAMS Katerine, TERRELL Heather, HILL Eric, BRUZY Stéphanie, NAGOSHI Craig, "Gender differences in correlates with homophobia and transphobie", *Sex Roles*, vol.59, pp. 521-531, 2008;

comme déviantes et stigmatisées de la sorte. Ici, ce n'est pas tant la transidentité qui est la caisse de résonance des réticences et des refus, mais bel et bien l'idée qu'il y aurait une discordance entre le genre attendu et les expressions de genres perçues ou rendues visibles.

C'est ce qui est arrivé à Laurence durant sa recherche d'appartement. *« Au début, tout se passe plutôt bien »*. Laurence apporte avec elles des garants et l'ensemble des documents demandés. *« Tous mes papiers sont changés, mon prénom aussi, là-dessus il n'y avait pas de problème »*. Mais lors d'une première visite d'appartement, la conseillère immobilière semble avoir une attitude bizarre. *« Déjà au téléphone elle me dit monsieur. Alors je garde mon calme de manière à avoir ma voix normale et je lui réponds « non, c'est madame »*. La visite s'interrompt sur ces mots : *« Vous savez, dans la résidence il y a beaucoup de retraités et ils ne veulent pas de problème, enfin si je vous dis ça c'est pour vous »*. Quelques jours après, Laurence apprendra que l'appartement n'est finalement plus à louer. Étonnée, elle décide quelques jours plus tard de passer à l'agence et, sur le chemin, s'arrête devant l'appartement qu'elle avait visité. *« J'en étais sûre. Y'avait encore le panneau « à louer ». Je suis même pas retourné les voir, j'avais senti qu'il s'était passé quelque chose avec cette femme. Elle m'inspirait pas confiance. Elle avait du croire que j'étais une prostituée ou je ne sais pas quoi, pourtant j'étais bien habillée et tout, mais je sais pas. C'est vraiment galère »*

Enfin, il faudrait ajouter un ultime élément : celui du « placard Trans ». En tant qu'élément constitutif de la transidentité comme de la cisidentité, il existe un placard Trans étrangement semblable au « placard homosexuel ». À la manière d'Eve Kosofsky Sedgwick dans son *« Epistémologie du placard »*<sup>532</sup> on retiendra que le « placard » n'est pas un lieu hermétique qui confinerait, pour les uns comme pour les autres, pour les hétérosexuels comme pour les homosexuels, des connaissances du « dedans » et une peur « du dehors ».

Le placard est un lieu de passage du pouvoir exercé du dehors qui n'exclut pas une capacité d'agir au-dedans. En ce sens le placard n'est plus seulement cette image servant à désigner une « honte » ou un « secret », mais il suggère plus amplement un dispositif sous-jacent à toutes identités sexuelles. Laetitia revient sur ce point :

*« Je l'ai dit, mais je ne sais pas si je le referai. J pense que j'ai un bon passing. Y'a pas de souci. Mais je me demande si c'est important que tout le monde le sache. Faut se poser les bonnes questions. À qui tu le dis, quand tu le dis... »*

---

<sup>532</sup> KOSOFSKY Sedgwick Eve, *Epistémologie du placard*, (trad. par Maxime Cervulle), Amsterdam, 2008.

*Tu vois, la semaine dernière j'étais avec des amis et ils n'en savaient rien. Pourquoi tu veux faire ton coming out dans ces conditions ? Ça veux pas dire qu'ils se doutent pas de quelque chose, je me doute bien que quelqu'un a dit un truc un jour, ou moi-même j'ai peut-être dit quelque chose sur ça aussi, mais j'ai pas senti... comment dire... que c'était nécessaire, que ça allait rompre notre amitié de le dire ou de pas le dire. Après je sais qu'il y a des endroits où j'étais plus ou moins obligée de le dire : au boulot par exemple. Et encore pas à tout le monde. Les gens que je voyais jamais et qui ne connaissaient que ma voix au téléphone, je pouvais très bien ne pas leur dire. Ça changeait rien.»*

Sortir du placard, qu'il s'agisse du placard homosexuel ou du placard transsexuel, n'est pas la consécration d'un acte de libération contre une oppression ou une domination implacable. Au contraire, « sortir du placard » c'est bien souvent être obligé d'en ressortir encore de nombreuses fois, à chaque nouvelle interaction où il sera sujet de ce qui renvoie à l'intérieur du placard, ce qui apparaît toujours comme « insu » aux yeux de celui qui fait son « coming out », mais qui ne devient pas pour autant « su » pour celui à qui est faite cette révélation. Il faut donc répéter le geste. Et il y a comme une double injonction paradoxale face au placard : ne pas le dire donc ne pas « assumer » ou le redire donc « en faire trop ». Le réaménagement du monde qu'exige le placard, le secret comme le dévoilement, est donc toujours soumis au privilège épistémologique de l'hétérosexualité ou de la cisidentité se vivant comme neutres, comme prononcées d'espaces neutres. « Pendant ces vacances, j'étais avec des amis, chez moi, et là il voit un flyer de la dernière pride. Dessus y'avait marqué quelque chose du genre « non à la psychiatrisation des trans' » ou un truc comme ça. Il m'a dit : « ça te concerne toi ça ? ». J'ai été obligé de lui dire. Enfin, non, pas obligé. Je me sentais l'envie de lui dire aussi. Mais c'était pas prévu pour ce jour là, comme ça, dans ma cuisine. » Julia (43ans)

Selon Bruno Perreau, le placard est à ce point poreux que « *Lle pouvoir hétérosexuel s'éprouve dans le désir homosocial* », c'est-à-dire (et cela est transposable à la question Trans, avec la suspicion du « bonne » ou de « mauvaise, de « vraie » ou de « fausse » transidentité) que « *L'homosexualité est pensée comme une menace pour le fragile équilibre homosocial, de sorte que démasquer tout intrus devient un souci constant du groupe, mieux la justification même de son existence* »<sup>533</sup>

---

<sup>533</sup> PERREAU Bruno, « Eve Kosofsky Sedgwick », *Genre, sexualité & société*, Hommages, n°1, 2009.

Il faudra alors penser les discriminations et l'ordre cisidentitaire comme un des rouages du « placard Trans » qui s'éprouve à travers les différentes épreuves vécues ainsi que dans les choix individuels qui sont faits, en termes d'avantages et de coûts liés à la visibilité, à la prononciation de soi dans la sphère publique, mais aussi au maintien d'un placard Trans comme lieu de protection, de résistance et, dans une certaine mesure, de réification des prescriptions cisidentitaires basées sur la binarité. Didier Eribon, en parlant du placard, évoquait l'apprentissage d'une nouvelle langue<sup>534</sup>. Si le placard est un espace de désapprentissage de la langue hétérosexuelle ou cisgenre, c'est donc aussi un espace d'apprentissage des codes, de la sémiotique Trans comme homo. Cependant, s'il existe des espaces où le placard n'est pas envisagé en tant que tel pour les homosexuels (des quartiers « gays » ou certaines zones de drague homosexuelle où l'implicite est l'homosexualité des personnes que l'on rencontre<sup>535</sup>), il n'en est pas de même pour les personnes Trans qui, même dans les lieux de sociabilités LGBT, se voient parfois contraintes de cacher ou de ne pas entièrement divulguer leurs situations.

Nous y reviendrons lorsque nous évoquerons les liens qui existent entre militantisme Trans et militantisme LGB, mais retenons cet élément selon lequel les personnes Trans n'ont pas trouvé d'espaces où poser le temps d'un instant les vicissitudes du placard ; un espace, hors de l'assimilation invisibilisante, où la centralité et le sens même du secret sont relativisés.

---

<sup>534</sup> ERIBON Didier, *Réflexions sur la question gay*, Fayard 1999.

<sup>535</sup> Lire : JAURAND Emmanuelle, « Territoires de mauvais genre ? Les plages gays », *Géographie et cultures* n°54, 2005 ; CARON David, « Le marais », *Dictionnaire des cultures Gays et lesbiennes* (dir. Didier Eribon), Larousse, 2003 ; FOUCAULT Eric, *La nuit, tous les routiers sont gris*, Isthme édition, 2001 ; RAIBAUD Yves, « Géographie de l'homophobie », Observatoire Des Transidentités, « IDAHO », disponible sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com>

## 2.2.2 Parenté et conjugalité : barrières juridiques et innovations

La parentalité et la conjugalité sont deux des thématiques sur lesquelles le droit ne cesse d'être contourné à travers les pratiques des personnes et des activistes Trans. Rien dans le droit n'empêche concrètement une Trans-conjugalité. À la condition tout de même, et ce n'est pas négligeable, que les demandes de reconnaissances liées à cette conjugalité ne formulent pas d'homo-conjugalité<sup>536</sup>. Auquel cas, la conjugalité, Trans comme homosexuelle, ne pourra être reconnue en France. Nous avons vu avec le cas de Stéphanie Nicot que tout se situe en réalité en amont du sexe, sur l'état civil, et que si deux personnes de même identité de genre décident de se marier, cela ne posera problème qu'en cas de symétrie de sexe à l'état civil, symétrie mettant à mal l'idée de complémentarité des sexes.

Mais l'histoire des Trans-conjoints ne se limite pas aux contraintes en droit. Ces derniers ont tour à tour été invisibilisés et exotisés avant de trouver leur place dans de récents livres ou reportages. C'est cela que j'aimerais mettre en avant en prenant appui sur les observations faites par Pat Califia dans « *Le mouvement Transgenre* »<sup>537</sup> sur l'invisibilité de ces conjoints qu'il nomme les « Hors la loi du genre »<sup>538</sup>. Ceci est à mettre directement en lien avec la notion de « sexualité » chez les personnes Trans, car analyser la Trans-conjugalité a pour corolaire d'envisager la Trans-sexualité à l'exact opposé du dégoût du sexe théorisé par des psychiatres qui articulent les Trans à une sexualité « sans sexe »<sup>539</sup> ou au « horsexe »<sup>540</sup> de Catherine Millot.

Lorsque Pat Califia propose son « *Mouvement transgenre* », il insiste entre autre sur les partenaires des transgenres. Pour lui, ce qui est déterminant dans l'histoire des partenaires des Trans est le passage d'un régime de reproduction des rôles de genre à une temporalité plus propice au lobbying et à la redéfinition des normes de conjugalité, tout en soulignant les débuts timides d'une mise en réseau des partenaires des Trans dans une lutte plus générale sur les droits et la reconnaissance des transidentités.

---

<sup>536</sup> Un jugement du 29 Octobre 2011 du tribunal de Brest crée de ce point de vue une jurisprudence en accordant à une personne opérée son changement d'état civil sans pour autant exiger le divorce du couple, légitimant de fait un mariage homosexuel.

<sup>537</sup> CALIFIA Pat, *Le mouvement transgenre : changer de sexe*, EPEL, 2003.

<sup>538</sup> Ibid. p. 269

<sup>539</sup> GANNE-DEVONEC Marie-Odile, *Elle à lui, le transsexualisme au féminin*, Thèse de médecine, Nancy, 1980.

<sup>540</sup> MILLOT Catherine, *Horsexe, essai sur le transsexualisme*, Point, Paris, 1981.

Or aujourd'hui, les personnes Trans vivent en couple et promeuvent de nouvelles formes de conjugalité. L'association Mutatis Mutandis<sup>541</sup> proposa ainsi un forum destiné aux proches, à la famille comme aux conjoints. L'association Chrysalide fit de même avec un fascicule intitulé « la transidentité et les proches »<sup>542</sup>. En soulevant la question des conjoints, l'association souligne la difficulté de repenser les liens existants entre l'orientation sexuelle et l'attraction pour une personne ou pour un sexe. Marie est mariée depuis quinze ans :

*« J'ai beau dire à ma femme qu'on est toujours les mêmes, que ça change peut-être pas grand-chose, bah quand même, ça change tout ; Faut tout réapprendre. Pas évident à faire au bout de 15 ans de mariage. On espère pouvoir traverser ça toutes les deux mais bon. [...] Les gens comprennent pas tout non plus. Alors on dit à ma femme qu'elle sort avec un travlo, qu'on est devenues lesbiennes ou je sais pas quoi. Y'a des amis qui lui ont dit de me quitter, que j'étais égoïste. »*

Si la visibilité des Trans-conjoints commence à émerger c'est grâce aux efforts des militants et des associations qui ont permis de visibiliser la question sans « exotiser » les couples Trans ou comprenant une personne Trans comme cela a pu être le cas auparavant. D'un point de vue filmique on passe alors de « *The first Female to Male transsexual love story* »<sup>543</sup> d'Annie Sprinkle au reportage de Maud Yeuse Thomas sur « *la transparentalité aujourd'hui* »<sup>544</sup>. Si le premier film met en scène Annie Sprinkle et son amant dans leurs ébats sexuels, le reportage de Maud Yeuse Thomas sur la transparentalité, qu'elle désigne comme « *le sujet orphelin du débat sur les transidentités* »<sup>545</sup>, évite de tomber dans les travers d'une démonstration exotisante ou infantilisante du conjoint Trans.

Les « transparents » (le mot dit aussi l'invisibilité) sont aujourd'hui une réalité peu évoquée. Cette appellation des « transparents » recouvre des réalités bien différentes. Elle renvoie tout d'abord aux personnes qui ont eu des enfants avant leur transition et qui, de fait, sont des transparents.

---

<sup>541</sup> <http://www.mutatismutandis.info/>

<sup>542</sup> CHRYSALIDE, brochure « La transidentité et les proches », 2010

<sup>543</sup> Annie SPRINKLE, Al JACCOMA et ARMSTRONG Johnny : « *The first Female to Male transsexual love story* », USA, 1989 (30min)

<sup>544</sup> « La transparentalité aujourd'hui », THOMAS Maud Yeuse

<sup>545</sup> <http://natamauve.free.fr/transparentalite.html>

Dans l'enquête INSERM d'Alain Giami, 35% des répondants ont eu des enfants<sup>546</sup>. Mais elle désigne aussi les personnes qui désirent avoir des enfants. Dans ce cas deux solutions sont envisageables : l'adoption par une personne célibataire ou par un couple hétérosexuel et les techniques de PMA. Pour les transparents, la place du « père » en tant que femme ou de la « mère » en tant qu'homme devient une question centrale.

Dans son mémoire de Master 2 sur la transparentalité, Myriam Grenier écrit :

*« Le « père » fonctionne au-delà de son identité féminine, mais il est sans cesse rattaché à la féminité. Toute l'ambiguïté de la situation est là. Même si les sentiments de paternité et de maternité sont confus et confondus, la paternité prend le pas sur la transsexualité. »<sup>547</sup>*

Lors d'un entretien, Loane (56ans) raconte la manière dont sa fille et elle se sont entendues au sujet de la transidentité :

*« Ça va pas de soi ce genre de chose. Bon, tu dois expliquer que tu n'es pas malade, mais qu'en même temps t'as pas le choix [...] Et puis faut protéger les enfants. Sur cette question on sait combien ça peut être douloureux pour un enfant. Entre l'autre parent qui parfois dit du mal à propos de la transition, ou la belle famille aussi, et puis à l'école, avec les amies... [...] Moi j'ai surtout rien imposé à ma fille. Elle a pris son temps, elle m'appelle Loane dans la rue, elle évite de crier « papa », ce genre de chose, mais petit à petit c'est plus facile. Avec l'âge aussi. Quand ils sont petits tu peux leur faire comprendre les choses, ou quand ils sont grands, mais adolescent ça doit être vachement compliqué par contre »*

Il ne faudra pas oublier que les ruptures entraînées par un changement de sexe ou de genre peuvent avoir des répercussions en termes de parentalité. Noémie aura mis plus de cinq ans avant de revoir ses deux fils. « Avec la belle famille surtout c'est terrible. Tout était toujours de ma faute. J'ai dû paraître aux yeux de mes enfants comme le plus indigne des pères ». La transparentalité impose donc des réaménagements importants dans les relations filiales.

---

<sup>546</sup> GIAMI Alain, BEAUBATIE Emmanuelle, LE BAIL Jonas, « Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicosychologiques et VIH/sida dans la population trans.

<sup>547</sup> GRENIER M. 2006. "Papa, t'es belle". Approche anthropologique des paternités transsexuelles. Mémoire de master II, sous la direction de HERAULT L., Anthropologie, Aix-en-Provence. Université de Provence.

Mais contrairement à l'idée reçue selon laquelle tous les Trans perdent contact avec leurs proches, et notamment leurs enfants, les entretiens que j'ai pu réaliser ont montré que si la transidentité exige que la parenté soit reformulée, cette dernière ne disparaît pas sous l'urgence de la transition ou sous le poids des contraintes à redéfinir les nouvelles relations parentales qui en découlent. Gardons en tête les quelques chiffres proposés dans une enquête d'HES sur la transparentalité<sup>548</sup>, reprenant les données de l'association TGEU (TransGender Europe) en 2008 :

*« Sur 2520 réponses, 420 ont été de personnes Trans ayant été mariées (16%), 74% d'entre elles ont du mettre un terme à leur mariage » Parmi ces divorces : « 8% se sont faits après mise à jour d'une pratique du travestissement, 22% après le démarrage d'une vie dans le genre revendiqué, 29% parce que le conjoint s'adonnait à un comportement violent (violence psychologique, physique voire abus sexuel) »*

Il faudra noter que : *« 5.5% correspondent à un divorce forcé pour la reconnaissance légale du genre revendiqué »*. Cela signifie que 5.5% des divorces prononcés lors de transition sont des divorces contraints, non désirés par le couple. Le maintien du mariage hétérosexuel passe donc aussi par le sacrifice du mariage de 5.5% des couples Trans. Du point de vue de liens familiaux qu'il y ait enfants ou pas : *« 34% ne sont pas autorisées à garder des contacts avec la famille ou la belle-famille »* et *« 7% ne savent pas si elles peuvent reprendre contact avec leur famille ou belle-famille »*.

C'est le cas de Marie-Anne (68 ans) :

*« En théorie, je dis bien en théorie, je n'ai aucun droit sur mes enfants. Si la mère avait décidé de ne pas mes les confier, elle aurait très bien pu le faire. Ça donne que pendant des années je ne pouvais pas les voir quand je voulais. Même les appeler c'était compliqué. Ils sont grands donc ils viennent d'eux-mêmes. Mais c'est avec leurs enfants, avec mes petits enfants, qu'ils font la même chose. J'ai deux petites filles que je ne vois quasiment jamais, tout ça parce qu'un juge à décidé un jour que je n'étais pas assez stable pour élever mes enfants. Je m'y suis faite mais c'est dur. J'aurais aimé que mes enfants et petits enfants soient là plus souvent. Y'a Noël ou leurs anniversaires. Mais c'est vraiment dur. »*

---

<sup>548</sup> <http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Commission-TRANSPARENTALITE-V1.0.pdf>



Plus largement, la question de la parentalité rejoint la question des nouvelles formes de famille et de parentalité dans des espaces où les fonctions et les rôles familiaux sont redistribués<sup>549</sup>. Et le point d'acmé de la controverse autour des nouvelles parentalités semble se porter sur la figure de l'homme enceint. Être un homme et donner la vie : voilà qui a de quoi perturber plus d'une théorie. C'est d'ailleurs très certainement pour cette raison précise que les traitements hormonaux distribués par les protocoles sont avant tout des traitements stérilisants.

*« Pourquoi on nous met sous androcurie avant même d'avoir une seule hormone ? C'est pour nous stériliser. Ils ont peur de deux choses : la fin du mariage hétérosexuel, mais ça c'est déjà le cas ou presque, et de voir des hommes enceints. Pour l'instant y'en a pas eu en France. Enfin... pas de médiatisés. Au moins, si on va jusqu'au bout comme ils disent, jusqu'à l'opération, on sera déjà stérilisés, et si on s'arrête en chemin, ils ont la certitude d'avoir stérilisé de potentiels parents dangereux » (Béatrice, 43ans)*

Dans son article « Le mari enceint : construction familiale et disposition corporelle »<sup>550</sup>, Laurence Hérault revient sur le cas Thomas Beatie. Elle souligne à juste titre que la transition passe dans le cas de la transparentalité au second plan. Parlant de la biographie de Thomas Beatie<sup>551</sup> elle écrit :

*« La transition de genre est traitée ici de façon secondaire, elle n'occupe d'ailleurs que l'un des 21 chapitres de l'ouvrage. Ce que l'autobiographie décrit, c'est bien plutôt la manière dont un individu singulier établit des liens avec ses proches, s'inscrit dans un réseau de parenté et constitue sa propre famille »*

Toujours dans son article, Laurence Hérault retient des phrases explicites de Thomas Beatie, disant : « J'ai utilisé mes organes reproducteurs féminins pour devenir père » et plus loin « j'ai simplement fait cela ».

---

<sup>549</sup> RUSPINI Elisabetta, « Monoparentalité, homoparentalité, transparentalité », L'Harmattan, 2011.

<sup>550</sup> HERAULT Laurence, « Le mari enceint : construction familiale et disposition corporelle », *Critique*, n°764, pp- 48-60, 2011.

<sup>551</sup> BEATIE Thomas, *Labor of Love : the story of one man's extraordinary pregnancy*, Seal Press, 2008.

De fait, les médias se sont alors focalisés sur deux questions principales : 1- Comment un homme peut tomber enceint, puis, une fois les techniques expliquées et l'étonnement passé 2- Un père doit-il porter son enfant ? Les études de Richard Green<sup>552</sup> montrent à ce sujet que les enfants des personnes Trans ou homosexuelles ne sont pas plus perturbés que d'autres enfants face à des changements familiaux. Dans son enquête sur la transparentalité, HES retranscrit un entretien : « *Tout se passe beaucoup mieux que je n'aurais osé l'imaginer, je n'ai pas changé d'attitude vis-à-vis de mes enfants, et inversement. Mes enfants voient que je suis bien dans ma peau, que je ne déprime plus, et ils en profitent aussi* »<sup>553</sup>

Je n'ai, pour ma part, pas rencontré beaucoup d'enfants vivant dans un contexte transparental. Beaucoup de parents Trans m'ont parlé de leurs enfants, pour me raconter leurs difficultés et bien souvent leur joie de voir que leurs peurs se dissipent. Deux rencontres m'ont cependant marqué. Quentin est un jeune garçon dont le père a suivi un protocole de changement de sexe. Il avoue qu' « *au début j'ai plus voulu voir mon père. Je me disais : « mais pourquoi il nous fait ça ». J'avais l'impression que tout se passait pourtant bien avec ma mère. J'ai mis plus d'un an je crois à revoir mon père.* ». Mais, Géraldine, le père de Quentin continue à appeler son fils, à rester en contact avec lui. « *Au bout d'un moment, parce que j'étais plus grand aussi, j'ai décidé de retourner voir Géraldine. Je l'appelle Géraldine maintenant j'y arrive, mais avant je pouvais à peine la regarder* ». Voyant son père militer, il décide de s'engager à ses côtés. « *Après, j'étais fier. C'est comme les parents avec leurs fils homosexuels. Moi c'est pareil sauf que c'est moi qui soutiens mon père* » dit-il.

« *J'ai été la voir à la gay-pride une fois. Elle s'y attendait pas trop. J crois qu'elle a pas pleuré parce que y'avait des amis à moi et qu'elle voulait rester digne ou je sais pas, mais on s'est quand même tombé dans les bras l'un de l'autre. Je m'en souviens bien. En fait je lui ai dit que si elle avait besoin de moi, si y'avait dans le local LGBT qu'elle fréquente des enfants dans la même situation que nous, enfin que moi, et bien que je pouvais les aider. Les aider je sais pas trop, mais les écouter oui, ça je peux le faire. Moi j'aurais peut-être bien aimé qu'il y ait un enfant aussi pour me dire ce qu'il se passe ou comment faut faire. On aurait pas perdu tout ce temps.* »

---

<sup>552</sup> GREEN Richard 1978. « Sexual identity of 37 children raised by homosexual and transsexual parents » in *American Journal of Psychiatry*, n° 135: 692-697.

<sup>553</sup> <http://www.hes-france.org/IMG/pdf/Commission-TRANSPARENTALITE-V1.0.pdf>

J'ai plus récemment rencontré les deux enfants d'Elisabeth, une quarantaine d'années. Ses deux filles, deux jeunes adolescentes, m'ont très spontanément parlé de leur père : « *Pour nous c'est toujours notre père. Il s'habille un peu différemment voilà tout. On a eu un petit moment d'hésitation tu sais au début, mais je pense que c'est normal* ». Elisabeth qui suivait la discussion rajoute en riant : « *Oui, j'aurai toujours des cadeaux à la fête des pères, sauf que ce sera du maquillage* ».

### **2.2.3 La sexualité Trans : du « horssexe » à la redéfinition de soi**

Nous l'avons vu, la psychiatrie n'a pas hésité à produire une transsexualité dénuée de sexualité. Ce qui est caractéristique même du « transsexuel » théorisé par la psychiatrie c'est son dégoût du sexe comme le dégoût de son sexe. Ces considérations cliniques ont eu pour effet premier d'endiguer les demandes transidentitaires dans le corset transsexuel. Et concernant la sexualité, le discours psychiatrie opéra, pour le dire à la manière de Michel Foucault « *comme une violence* » faite aux individus et « *comme une pratique* » imposée.<sup>554</sup> Rappelons-nous ce qu'a pu par exemple écrire Colette Chiland<sup>555</sup>, présidente d'honneur de la SOFECT, sur la sexualité et la transidentité :

*« A un niveau plus profond, j'aurais du mal à considérer comme un homme celui qui ne serait pas – virtuellement – capable de me pénétrer, et je n'ai pas peur de me faire piéger dans ma vie privée par un transsexuel FM parce que le critère de surface en costume d'Adam est parlant. Il n'en va pas de même pour mes collègues hommes en face d'un transsexuel FT »*

Et comment penser la sexualité Trans lorsqu'on projette les Trans dans le « Hors sexe » ? En effet, toujours selon Colette Chiland, les personnes Trans sont dans « l'illusion » (elle emploie le terme d'illusion, déjà employé par Patricia Mercader<sup>556</sup> et non pas le terme d'erreur bien que sous sa plume les deux se rejoignent) :

---

<sup>554</sup> FOUCAULT Michel, *L'Ordre du discours*, Paris, Gallimard, p. 55, 1971.

<sup>555</sup> CHILAND Colette, *Changer de sexe*, Odile Jacob, 1997, p. 80

<sup>556</sup> MERCADER Patricia, *L'illusion transsexuelle*, Paris, L'Harmattan, 1994.

« J'ai compris que je m'étais laissée piéger par son aspect déconcertant, effrayant, non pas parce qu'il aurait été une caricature de femme, un travelo sans talent : il n'était rien, ni homme ni femme. »<sup>557</sup>

De ce fait, dans une association obsolète entre sexe et sexualité, Chiland comme Mercader nient jusqu'à la possibilité d'une transidentité « sexuée » en même temps qu'elles reviennent sur l'aspect ahistorique, universel, inchangeant et inchangeable du sexe : « il suffit de considérer les transsexuels dans leur sexe biologique, comme tout le monde en somme, sans se convertir à ce que j'ai nommé plus haut leur hérésie »<sup>558</sup>. Dans cet « Hors Sexe »<sup>559</sup>, qui renvoie les demandes transidentitaires aux solutions psychanalytiques (Colette Chiland renvoie au divan, mais Catherine Millot préconise « l'hypnose » ou « des techniques de conditionnement »<sup>560</sup>), les personnes Trans sont pensées comme des individus « hors sexualité ». À propos du regard médical sur la Trans-sexualité nous pourrions sans doute reprendre l'expression de Michel Foucault lorsqu'il parle d'Herculine Barbin et de « l'insolite sexuel »<sup>561</sup>. En effet, tout comme la transconjugalité, la sexualité Trans a longtemps été méprisée ou exotisée. Selon Foucault :

« Cette forme de pouvoir demande pour s'exercer des présences constantes, attentives, curieuses aussi ; elle requiert un échange de discours, à travers des questions qui extorquent des aveux et des confidences qui débordent les interrogations [...]. De cela la médicalisation de l'insolite sexuel est à la fois l'effet et l'instrument [...]. Le pouvoir qui, ainsi, prend en charge la sexualité se met en devoir de frôler les corps, il les caresse des yeux, il en intensifie des régions ; il électrise des surfaces ; il dramatise des moments troubles »<sup>562</sup>

Si à première vue, comme le souligne Laurence Héroult<sup>563</sup>, la sexualité n'a pas à voir avec ce qui est défini médicalement comme « un trouble de l'identité de genre », on note néanmoins la présence implicite des critères sexuels dans « la clinique du transsexualisme ».

---

<sup>557</sup> CHILAND, *op. cit.* p.116

<sup>558</sup> MERCADER Patricia, *L'illusion transsexuelle*, Paris, L'Harmattan, 1994. (p.270)

<sup>559</sup> MILLOT Catherine, *Horsexe. Essai sur le transsexualisme*, Paris, 1983.

<sup>560</sup> Ibid. p.138

<sup>561</sup> FOUCAULT Michel, *Les anormaux : cours au collège de France*, Gallimard, 1999.

<sup>562</sup> FOUCAULT Michel, *La Volonté de savoir*, tome I de : *l'Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard, p. 60-61.

<sup>563</sup> HERAULT Laurence, « Usages de la sexualité dans la clinique du Transsexualisme », *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 11, 3, p.278-29, 2010.

Il est alors intéressant de noter que les pratiques sexuelles ouvrent la voie à des recodifications par les acteurs eux-mêmes, contre les imageries médicales coercitives qui leur sont appliquées. Au cours d'une nécessaire redéfinition, le travestissement s'avère aussi une technique précieuse pour explorer le panel du genre, « Jouer avec les rôles et leurs contraires » pour le dire comme Pat Califia dans « Sexe et Utopie »<sup>564</sup>. Il s'agirait de en effet de « repenser et queeriser le travestissement », <sup>565</sup> car dans le cas des Trans travestis, que désigne le travestissement ? Les pratiques « fem »<sup>566</sup> entrent-elles dans la case du travestissement « femme » ? Et si le travestissement était une performance au même titre que l'ensemble des modifications genrées ? Comme le travestissement, la sexualité peut-être envisagée comme une méthode d'apprentissage de « l'autre sexe ». S'il faut retenir que la sexualité reste un outil de requalification des corps et des identités, elle est aussi une arme puissante de critique des protocoles de gouvernance des transidentités qui, par ce prisme, se voient une nouvelle fois débordés. Comme le souligne Laurence Hérault, le programme du « transsexualisme » marginalise la sexualité ou l'indexe en un élément d'évaluation :

*« Ceux qui, comme Stoller, tiennent à une spécification rigoureuse du transsexualisme, ont tendance à considérer l'hétérosexualité pré-opératoire comme un indice de transvestisme ou de transsexualisme secondaire : si un consultant tardif a expérimenté une vie hétérosexuelle relativement longue, éventuellement épanouie et féconde, il y a tout lieu d'ajourner sa demande. Quant à ceux qui se réfèrent plus volontiers à la catégorie nosologique extensive de la dysphorie de genre, l'hétérosexualité pré-opératoire n'est pas, pour eux, un critère d'exclusion, mais figure le plus souvent parmi les « facteurs prédictifs négatifs », c'est-à-dire ceux qui sont susceptibles d'entraîner des regrets, des troubles dépressifs ou encore des comportements suicidaires chez le patient réassigné. Autrement dit, alors même que la sexualité n'est pas un symptôme du transsexualisme, qui est très majoritairement considéré comme une pathologie de l'identité sexuée, elle intervient tout de même pour orienter les décisions diagnostiques et thérapeutiques. »<sup>567</sup>*

---

<sup>564</sup> CALIFIA PAT, Sexe et Utopie, La Musardine, 2008, p.57

<sup>565</sup> BOURCIER Marie Helene, *Queer Zones*, Amsterdam, 2006.

<sup>566</sup> DELORME Wendy, *Quatrième génération*, Grasset, 2007.

<sup>567</sup> HERAULT Laurence, « Usages de la sexualité dans la clinique du Transsexualisme », *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 11, 3, p.278-29, 2010

Parler de sexualité et de transidentité c'est donc ne pas simplement rompre avec l'idée que la demande Trans trouverait ses racines dans une homosexualité in-sue ou inavouée, ni même que les personnes Trans seraient forcées à se prononcer comme hétérosexuelles après la transition face au psychiatre. Plus précisément c'est mettre à jour les ressorts d'une Transsexualité mettant à mal le rabattement de la transidentité sur l'association sexe-genre-sexualité-conjugalité, et observer, des marges SM ou pornographiques par exemple, l'étendue des recodifications à l'œuvre. Par cette observation on étudie non seulement des requalifications, mais aussi de nouvelles propositions de corporités Trans et queer.

Dans « *Post-queer* »<sup>568</sup> Patrick Cardon voit dans les rapports entre personnes du même genre (homme et butch par exemple) de nouvelles « capillarités », des mélanges qui « *assumeraient les points de vue et ne se contenteraient pas de les ajouter* ».

Deux concepts viennent illustrer ceci. Le livre « Quatrième génération » de Wendy Delorme<sup>569</sup>, offre quelques éléments pour débiter notre réflexion. Dans ce livre à la fois essai et autobiographie, elle écrit :

*« A la soirée du Make Out Room Liz m'avait dit « tu es jolie » et Jenny avait ajouté « tu devrais faire partie de la bande ». Pour autant que je sache, je correspondais aux critères de sélection, c'est-à-dire avoir visiblement moins de trente ans, être fem, être pomosexuelle (c'est un terme que j'ai rencontré à San Francisco, ça veut dire « post-modern sexual », l'idée que tu débordes des cases lesbiennes-bi-hétéro. Tu couches avec qui te donne envie.) »*

Béatriz Preciado développe cette idée autour du concept de « contrasexuel »<sup>570</sup>. Il s'agit avant tout d'une rencontre entre des pratiques subversives, une volonté de déconstruction des mots et des pratiques, et des applications techniques, irréductibles aux Trans, aux lesbiennes ou aux intersex' : « *on est tous passés par cette table d'opération performative : c'est une fille ! C'est un garçon !* »<sup>571</sup>. Mais l'ouvrage, est aussi un éloge de l'anus, « *seul organe sexuel universel* », et du gode, « *qui marque la fin de l'hétérosexualité comme nature* ».

---

<sup>568</sup> CARDON Patrick, « Post-queer : pour une « approche trans-genre. Ou Le trans-genre comme catégorie d'analyse », *DIOGENE*, 225, 2009, p.185.

<sup>569</sup> DELORME Wendy, *Quatrième génération*, Grasset, 2007 (p.37)

<sup>570</sup> PRECIDAIO Béatriz, *Le manifeste contrasexuel*, Balland, 2000.

<sup>571</sup> *Ibid* p.94

En ce sens, l'entreprise vise aussi à penser une pansexualité.<sup>572</sup> Dans cet espace d'incorporation des prothèses telles que le gode, il n'y a pas seulement l'abstraction des mots (Préciado écrivant qu'elle a toujours eu « *une bite fantasmagorique d'ouvrier* ») : il y a surtout du réel.

*« Le gode est la pièce qui manque pour résoudre l'énigme paranoïaque que représente le sexe lesbien dans un mode sexuel hétérocentré. Comme s'il permettait de répondre à la question constante : comment les lesbiennes peuvent-elles baiser sans pénis »*<sup>573</sup>

Mais le gode n'est qu'une prothèse parmi d'autres. Car selon Précido, dans une ère « pharmaco-pornographique » tous les genres sont prothétiques. En ce sens, les prothèses sexuelles transidentitaires, qu'elles soient des vaginoplasties ou des godemichés, redécoupent la cartographie du sexe et de la sexualité. Le fascicule de l'association OUTrans « DTC » (Dick clit et T claques) révèle en ce sens les multiples ressorts de la sexualité et ce, indépendamment des caractéristiques sexuées de chacun. L'association OUTrans écrit :

*« Nous avons considéré qu'il fallait qu'une brochure prenne en compte nos corps, comment nous les habitons, ce que nos corps peuvent bouleverser dans une société genrée [...] Nous aimerions que cette brochure soit un outil d'empowerment, qu'elle ouvre des possibilités aux personnes trans pour définir elles-mêmes leurs sexualités, choisir leurs pratiques sexuelles et expérimenter leurs plaisirs. »*<sup>574</sup>

Pour le dire à la façon de Béatriz Précido, on passe alors de « *l'analyse de la transformation de ces technologies de répression/reproduction en technologie de résistance underground* »<sup>575</sup>. Et la diffusion rapide des représentations et des accessoires pornographiques font de cette même pornographie un dispositif technique complet.

---

<sup>572</sup> En grec « pan » signifie « tous ». La pansexualité renverrait donc à une sexualité qui n'établirait pas préalablement d'indication sexuelle sélective quant au genre ou au sexe de la personne désirée.

<sup>573</sup> Ibid p.61

<sup>574</sup> OUTrans « DTC : guide pour les ft\* et leurs amants », Paris, 2010.

<sup>575</sup> P.80

Sur l'ensemble de l'œuvre, lire la note de lecture de Patrice Desmond : « Manifeste contra-sexuel, une lecture de Patrice Desmond », Pholitiques n°1 (en ligne)

Disponible sur : [http://www.pholitiques.fr/numero1/manifeste\\_contra-sexuel.html](http://www.pholitiques.fr/numero1/manifeste_contra-sexuel.html)

Entre aliénation et subversion, à la frontière entre le discours et le corps, elle insuffle dans ses formes les plus radicales, de nouvelles pratiques, de nouvelles identifications. Dans une certaine mesure, le BDSM permet, lui aussi, de « *queeriser le genre* »<sup>576</sup>. Il y aurait même un « péril cuir » pour qui ne verrait dans les pratiques S/M qu'une relation perverse, dangereuse ou qui reproduirait les schémas de domination hétérosexuels. Pour Gayle Rubin, le S/M, au contraire, permet de « *penser le sexe du côté de la politique* »<sup>577</sup>. Et l'on comprend pourquoi les entretiens de Robin Bauer<sup>578</sup> insistent sur ce lien pratiques/identités dans la scène SM. Lors d'un entretien, une « *domina trans*' » revient sur l'expression d'une sexualité Trans déculpabilisée, rendue possible par son expérience du SM :

*« Quand t'as un bustier en latex, peu importe la taille de tes seins. C'est un peu une protection. Et en même temps que tu te protèges, tu te découvres, tu découvres ton corps, ta sexualité, ton genre, sans que personne vienne à redire quoi que ce soit. Surtout pas les mecs que je domine. »*

Ainsi, le corps devient un élément dont on dispose<sup>579</sup>. Kate Bornstein écrivait à ce sujet : « *Le sadomasochisme recoupe le genre en termes de « performance ». Nous performons nos identités, et ce qui inclut le genre et nous performons nos relations, ce qui inclut le sexe. Le transgenre est tout simplement une identité qui est performée de manière plus consciente dans ce terrain de jeu* »<sup>580</sup> Cette construction transgenre outillée est encore illustrée par Préciado dans son concept de « *Godotectonique* ».

*« La godotectonique, nous dit-elle, est la contre-science qui étudie l'apparition, la formation et l'utilisation du gode. Elle repère les déformations qu'inflige le gode au système sexe/genre. Faire de la godotectonique une branche prioritaire de la contra-sexualité suppose de considérer le corps comme superficie, terrain de déplacement et d'emplacement du gode. À cause des définitions médicales et psychologiques qui naturalisent le corps et le sexe, cette entreprise est parfois difficile. »*<sup>581</sup>

---

<sup>576</sup> Lire : BOURCIER Marie Helene, *Queer zone 3*, Amsterdam, 2011 (p.321)

<sup>577</sup> GAYLE RUBIN, *Surveiller et jouir*, op. cit.

<sup>578</sup> BAUER Robin, « Queeriser les genres dans les 'communautés' gouines BDSM », *Les cahiers du genre*, « Les fleurs du mâle » (Bourcier M-H, Molinier P dir.), L'harmattan, 2009 (p.126)

<sup>579</sup> POUTRAIN Veronique, « Un corps sans limites », *Cités*, n° 21, p. 31-45. PUF, 2005.

<sup>580</sup> BORNSTEIN Kate, 1994, p.124

A ce sujet : « *un ano sin amor* », Anahi Berneri, 2006.

<sup>581</sup> Ibid. p.43.



Mais au-delà, c'est l'ensemble des pratiques et des (dés)orientations sexuelles qui sont mobilisées comme techniques d'identifications à un genre ou à un sexe. La sexualité est alors investie selon des associations plus ou moins normatives, comme le raconte Isaline (33ans) :

*« Je sais que certaines ont peur quand on leur parle d'homosexualité. Elles pensent, je sais pas pourquoi, que ça va faire croire aux gens que les transsexuelles sont des homosexuels qui ne s'assument pas. C'est complètement pourri comme vision des choses. Moi j'ai essayé de leur expliquer que lorsqu'on est avec un homme, mais si on a encore notre sexe d'homme entre les jambes, on peut découvrir une certaine forme de féminité ».*

Mélanie (34ans) revient aussi sur ce point :

*« Très sincèrement je ne pense pas être bisexuelle. Lorsque j'ai rencontré T. j'étais, je sais pas... Tu passes 12ans de ta vie avec une femme, tu changes de sexe et tout pour revenir avec une femme... Bon. Mais je dois avouer qu'elle était splendide et que j'ai découvert avec elle ce qu'est être une femme. Je lui ai dit dès le début que je ne voulais pas être son homme, je savais pas si elle allait bien le prendre. Mais elle avait compris j'étais devenue une femme. Ok, maintenant je cherche plutôt un homme. Mais une chose est sûre, c'est avec elle que j'ai appris des choses sur mon corps. »*

Dans « *Changer de sexe* »<sup>582</sup> Stéphanie Nicot se pose la question de savoir « *Pourquoi les Trans couchent souvent entre elles ?* ». La question pourrait paraître anodine si elle ne dénotait pas les difficultés rencontrées à l'extérieur du milieu Trans ou LGBT pour nouer des contacts. Cependant l'exemple de Max, jeune FtM dans la série « *The L word* »<sup>583</sup>, montre à quel point, y compris dans la communauté LGB, la question Trans est une question dérangeante. Le fait qu'il soit gay dans une série lesbienne et sa transidentité lui font avoir un rôle non pas secondaire, mais décorrélé de la vie des filles de la série. D'ailleurs, elles ne semblent pas trop le comprendre. En effet, si le personnage entretient une relation homosexuelle avec Tom, un garçon non Trans, il leur semble compliqué de vraiment dire « qui » et « ce qu'est » Max. « *Il est actuellement un garçon* » dit l'une « *Il est lesbienne* » dit l'autre, « *Enfin... pas vraiment* » conclue une autre.

---

<sup>582</sup> NICOT Stéphanie, *Changer de sexe*, op. cit.

<sup>583</sup> « *The L word* » : Ilene Chaiken

*« Au début c'est c'qu'on croit tous. Que tu vas jamais trouver quelqu'un. Pour les lesbiennes le gode ceinture c'est pas toujours ça, pour les filles hétéros non plus, pour les pédés c'est juste impensable. Puis en fait tu t'débrouilles. Tu sors de la communauté parce que très vite tu te rends compte qu'y'a des transphobes autant chez les uns que chez les autres. Donc t'abandonnes l'idée de rester dans l'Marais. Ça m'a pas dérangé d'ailleurs de pas y rester. Mais voilà, c'est pas facile, mais faut pas non plus se lamenter en disant que comme on n'a pas de bite on peut pas trouver d'mec, c'est faux. Après c'est juste que tu redéfinit c'est quoi pour toi la relation, l'amour, la sexualité tout ça. Mais on s'en tire pas mal tout compte fait. » (Armand, 28ans)*

#### **2.2.4 Le militantisme Trans : du cabinet du psychiatre aux réunions ministérielles**

J'ai jusqu'à présent tenté de montrer combien les expériences Trans sont irréductibles à celles examinées par le transsexualisme. Peut-être que les questions posées par les sociologues ne sont pas celles posées par les médecins et qu'il en résulte une observation radicalement opposée. Ou bien alors que les réponses que l'on donne à un sociologue ne sont pas non plus celle que l'on donne à un médecin. Très certainement. Mais si tel est le cas, nous serions certains d'avoir affaire à des individus qui ajustent leurs réponses aux contextes, c'est-à-dire devant quelque chose qui ne se laisse saisir que d'un point de vue situé et qui déploie des réalités inattendues selon que l'on se positionne face à lui ou à ses côtés. Auquel cas nous serions devant la transidentité comme devant un tableau de Soulages. Dans les œuvres de Soulages, je pense notamment à ses tableaux noirs de 1979 jusqu'à 1992, les noirs se substituent au noir. Les « outre-noirs » recèlent des « possibilités insoupçonnées » pour lesquelles « aller à leur rencontre » exige que l'on soit « attentif à ce qu'on ignore »<sup>584</sup>. C'est au fond cette exigence de décentration vis-à-vis du monopole détenu par l'observation médicale du corps et du sexe qui est exprimée par les marges, majoritaires, mais rendues inaudibles, des populations Trans.

---

<sup>584</sup> SOULAGES, catalogue d'exposition, Centre Georges Pompidou, Paris, 2009.

De ces marges surgissent des mouvements pluriels, parfois ressemblants, souvent dissemblants, portant chacun une promesse d'accompagnement ou de changement sur la question Trans, en tout cas un projet collectif plus ou moins fort, toujours ancré dans une certaine historicité au sens d'Alain Touraine<sup>585</sup>. C'est-à-dire que les populations Trans, organisées en associations, en collectifs, en forums, parviennent à élaborer des nouvelles représentations qu'elles dévoilent et tentent d'imposer pour changer le sens de l'histoire transidentitaire. Chacune à leur manière, ces associations réclament d'être entendues. L'histoire des transidentités est intimement corrélée à l'histoire du mouvement associatif et militant Trans et ce d'un point de vue macrosociologique comme microsociologique. Je ne connais pas de personnes Trans qui n'aient pas été sur un forum, dans une association, rencontrer des collectifs ou participer à une manifestation.

Ce que je voudrais souligner dans cette partie revient justement sur ces mouvements associatifs Trans, sur leurs créations et leurs évolutions, mais aussi sur leurs impacts dans les parcours de subjectivation de la transidentité. Pour le dire ainsi, le poids local d'une association ou d'un protocole peut réorienter un parcours Trans. Les revendications portées par certaines associations ou leurs rapports avec les psychiatres locaux redistribuent les rapports de force et donc aussi les espaces de réalisation de soi. Les acteurs Trans n'hésitent d'ailleurs pas à internationaliser leurs parcours de vie. Par contre, leurs parcours militants sont, eux, plus locaux, difficilement nationaux et à de très rares occasions transnationaux ou plutôt transfrontaliers. Les questions relatives à la transidentité ne se résolvent donc jamais hors contextes. Elles sont directement saisies par le vocabulaire, les représentations et les rapports de forces instaurés par les groupes de pression locaux (chirurgiens, tribunaux et associations). Karine Espineira rappelle par exemple que le vocabulaire « transgenre » est beaucoup plus employé dans les médias du nord de la France. Superposés à une carte des associations, nous relierions directement ce champ lexical au vocabulaire des groupes « Support Transgenre Strasbourg » et « Trans-aide Lorraine, association nationale transgenre ».<sup>586</sup> Ceci n'est vraisemblablement pas sans conséquence sur les modes de subjectivation de la transidentité.

---

<sup>585</sup> TOURAINE Alain, *pour la sociologie*, Points Seuil, 1974.

<sup>586</sup> ESPINEIRA Karine, « Une typologie des représentations médiatiques françaises de la transidentité », communication au séminaire Trans, Octobre 2010.

Disponible sur : [http://durkheim.sciencespobordeaux.fr/PDF/Doc\\_Trans/Séance14](http://durkheim.sciencespobordeaux.fr/PDF/Doc_Trans/Séance14) Une typologie des représentations médiatiques françaises de la transidentité (Karine Espineira) Octobre10.pdf

Je voudrais alors insister sur quatre points qui, à mon sens, caractérisent le mouvement associatif Trans. Premièrement, nous verrons que les prémices des associations Trans peuvent avoir pour point de départ le cabinet du psychiatre, contrairement à ce que nous aurions pu penser spontanément (à savoir que l'origine du mouvement Trans trouvait ses racines uniquement dans les mouvements homosexuels et féministes). Les associations actuelles sur la question Trans naissent de ce nouveau rapport au médecin instauré par la création du « transsexualisme » comme entité médicale. Ce faisant elle proposent des contre-expertises, un « savoir Trans » situé, à l'origine d'une mise en controverse de la question Trans.

Deuxièmement, je souhaiterais montrer que le monde associatif Trans est plus désuni qu'il n'y paraît. « Vu de l'intérieur » il est évident qu'il existe de grandes ruptures dans les aspirations et les revendications des groupes associatifs ou militants Trans. Mais historiquement, il est toujours revenu à ceux qui se positionnent à l'extérieur des particularités de trouver que ces mêmes particularités forment un groupe homogène (« L'homosexuel » ou « La femme » en ont fait les frais). Si je ne retiens pas comme élément d'analyse la différence faite entre « transgenre » / « transsexuel », il faudra être vigilant à ne pas englober tout le mouvement transidentitaire dans une nébuleuse floue. Gardons en tête qu'il y a autant de transidentités qu'il y a d'expressivités Trans et que le mouvement Trans forme plus un archipel de revendications qu'une structure unifiée. Ceci implique aussi de revenir un instant, au-delà des différences inter associatives, sur la manière dont les acteurs perçoivent leur monde associatif. Il s'agit par exemple, de se poser la question des « rétributions du militantisme », ou pour le dire autrement de ce qu'apporte le militantisme ou le monde associatifs aux personnes qui s'y engagent. Nous distinguerons ainsi différents types d'engagements propres aux associations Trans.

Enfin, j'aimerais souligner la pluralité des luttes en lien avec la question Trans. Il est étonnant de voir à quel point la question Trans n'est jamais réduite, certes à la question médicale, mais plus amplement à la question du changement de genre et même, dans une certaine mesure, aux questions LGBT. Peut-être est-ce le fait d'un mouvement *queer*, plus prompt à l'intersectionnalité des luttes. Féminisme(s), lutte contre le sida, mouvement LGBT, antinationalisme et antiracisme, prostitution... De par ces échanges, le mouvement Trans commence à trouver sa place dans les mouvements militants.

Il y eut un mouvement associatif Trans bien avant le transsexualisme et il serait vain de décorrélérer les mouvements Trans des mouvements LGBT ou des mouvements féministes. Mais il faut distinguer à mon avis les mouvements comme les Gazolines (groupe affilié au FHAR)<sup>587</sup> des mouvements comme GAT (Groupe Activiste Trans). Car il s'est passé quelque chose à l'instauration des protocoles. Le mouvement Trans s'est réorienté. En s'institutionnalisant, il commença par s'allier avec les protocoles, avec les médecins, avant de rompre avec eux. Nous pourrions dire en ce sens que c'est « *dans la salle d'attente des psychiatres que sont nées les associations Trans* »<sup>588</sup>.

En interview, Karine Espineira avance qu'à force de maltraitances, les Trans ont décidé de se former en association. « *Chez Breton*<sup>589</sup>, ils pouvaient y passer des journées à attendre [...] Ils se sont raconté ce qui se passait, ce que les psys leur disaient et c'est comme ça que ça a débuté ». Parallèlement, nous disposons d'une autre histoire : si les salles d'attente des psychiatres se sont avérées être des tubes à essai associatifs, toutes les associations qui en sont sorties ne se sont pas érigées en opposition à la psychiatrie. Des associations comme Mutatis Mutandis par exemples sont nées avec la psychiatrie et certains psychiatres encourageant la création d'une association pour un auto-support. Ceci expliquera d'ailleurs pourquoi le monde associatif Trans propose des modes de subjectivation de la transidentité radicalement opposés selon l'association à laquelle on s'adresse. Mais au fond, avec ou sans l'aide du psychiatre, c'est toujours de son cabinet que semblent naître les volontés associatives Trans.

Comme l'histoire de la transidentité, l'histoire des associations Trans est une succession de déprises des devenirs Trans vis-à-vis de la médecine. J'aimerais alors proposer une histoire des associations Trans pour montrer comment les mécanismes de visibilité associatifs sont parvenus à imposer les associations Trans au sein des discussions politiques. Au début des années 1980, deux équipes nouvelles médicales hospitalières sont créées (Bordeaux et Lyon). Précédées de Paris, elles permettent aux Trans des années 1990 de bénéficier d'un retour d'expérience d'une dizaine d'années dans les parcours hospitaliers.

---

<sup>587</sup> FOESTER Maxime, *Histoire des transsexuels en France*, op. cit.

<sup>588</sup> ESPINEIRA Karine, THOMAS Maud Yeuse, ALESSANDRIN Arnaud, « *Sexe, Genre, Sexualité : construction(s) et dérégulation(s) des dispositifs normatifs* », communication au séminaire « Mixité Parité Genre » (dir. Yves Raibaud), université Bordeaux 3, octobre 2010.

<sup>589</sup> Psychiatre du protocole parisien

En 1989, le Ministère de la Santé adresse à la CNAM une circulaire qui officialise un protocole de soins créé par l'équipe parisienne : les trois équipes médicales hospitalières existantes s'en servent pour se déclarer comme « officielles » (les associations préfèrent le terme « autoproclamées »). C'est de cette façon qu'est validé le protocole de prise en charge décrit par le rapport de la Haute Autorité de la Santé <sup>590</sup>. La condition pour l'exonération du ticket modérateur des soins médicaux passe désormais par le diagnostic psychiatrique de transsexualisme. Cette période est également fortement marquée par l'épidémie du SIDA, qui réactualise les questions Trans sur un autre registre : celui de la prise en charge.

De nombreuses personnes Trans sont contaminées (la prévalence est plus forte que dans le reste de la population) et le CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida) tient ses premières permanences.

- **Une demande de reconnaissance**

Sans doute en lien avec ces deux réalités – reconnaissance des équipes médicales hospitalières par la sécurité sociale / SIDA – on observe alors une proximité des associations Trans avec le monde médical. Plusieurs d'entre elles sont même créées par des médecins. Ceci vient renforcer la médicalisation du changement de sexe dans une acception psychiatrique hégémonique. Mais, dans un mouvement contradictoire, apparaissent quelques figures emblématiques du milieu militant qui perdurent encore aujourd'hui, et qui vont se démarquer ces années-là du fait notamment de leur charisme et de leur activité dense de lobbying. Dans ce contexte, de nouvelles associations émergent. Prenant plus d'ampleur que leurs prédécesseurs, elles apparaissent comme des jalons significatifs du mouvement et seront à l'origine de la création d'autres groupes portés par la volonté de prolonger l'action de ces associations mères. L'AAT, Association d'Aide aux Transsexuels, voit ainsi le jour à Marseille en 1993. L'association parle du syndrome de Benjamin, de femmes androgénésiques et d'hommes gyné-génésiques (avec des gènes d'homme et de femme). Elle affiche clairement que la meilleure prise en charge possible est de passer par les équipes spécialisées (nom qu'elle donne aux équipes médicales hospitalières).

---

<sup>590</sup> HAS (Haute Autorité de Santé), *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, Paris, 2009.

Notons qu'il est impossible d'adhérer si l'on ne prouve pas que l'on est suivi par un psychiatre. Sa présidente, Sandra Dual, est l'auteure de « *Rencontre avec le troisième sexe*<sup>591</sup> ». Des psychiatres, aujourd'hui dans les protocoles de changement de sexe, se sont à l'époque affiliés à cette association. Mais cette base médicale est vite contrariée par les demandes de dépsychiatisation.

Toujours dans la capitale, une « association de patients<sup>592</sup> » est créée en 1994 par Tom Reucher, FtM et psychologue clinicien. C'est l'ASB, Association du Syndrome de Benjamin. Elle propose de l'auto-support tout en assurant une activité marquée de lobbying. L'association considère que si le syndrome de Benjamin est « *une affection d'origine encore inconnue* » ce n'est « *en rien une maladie mentale, mais un problème d'identité sexuelle* ». Elle est la première à demander la dépsychiatisation de ce qui avait été « *maintenu sous le terme stigmatisant de transsexualisme* ».

En 1994, l'ASB rédige une « proposition de loi pour harmoniser la modification de l'état civil des transsexuels », proposition réécrite en 2002. Puis l'association conçoit un bulletin associatif et prend de plus en plus d'ampleur. En 1997, l'association initie une marche de soutien aux transsexuel(le)s : l'Existrans<sup>593</sup>, marche encore d'actualité aujourd'hui. L'association met également en œuvre auto-support et groupe de pression et produit une activité intellectuelle intense (nombreux articles et diffusion de documents juridiques ou scientifiques à travers leurs bulletins associatifs et sites internet). Ceci annonce la dernière période du mouvement, où les groupes chercheront à s'affirmer comme experts, dans une volonté d'approcher des pratiques professionnalisées.

---

<sup>591</sup> DUAL Sandra, *Rencontre avec le 3e sexe*, édition G. Blanc, 1999.

<sup>592</sup> Les passages entre guillemets sont issus du site de l'association.

<sup>593</sup> <http://www.existrans.org/>

- **L'expertise associative**

Une nouvelle étape du mouvement Trans apparaît alors : celle de la visibilité associée à une démarche d'expertisation (nous pourrions aussi dire de la « professionnalisation »)<sup>594</sup>. Dans les années 1990, le monde associatif Trans tente donc d'être visible et audible. Mais très vite, être audible passe par l'expertise.

À l'image des activistes américains<sup>595</sup>, on assiste à un investissement de l'Université par les personnes Trans qui voient en elle une manière de se faire entendre et de professionnaliser leurs discours. Les textes de Tom Reucher<sup>596</sup> ou de Karine Espineira<sup>597</sup> en sont les originels jalons et la première vague de théoriciens queer américains est à mettre directement en lien avec ces essais<sup>598</sup>.

Devenir expert c'est aussi mettre en cause les experts en place dans une volonté de produire des contre-expertises. Cette seconde déstabilisation est portée par de nombreuses associations : STS, Support Transgenre Strasbourg, parvient par exemple à diffuser en France du terme de « transgenre » en opposition avec le système médical. Le GAT, Groupe Activiste Trans, signale une forme militante plus engagée. Il lutte pour que les pouvoirs publics et les services de santé prennent en compte la situation des personnes Trans (« *transsexuelLES, transgenres et autres...* »).

---

<sup>594</sup> Le terme de « professionnalisation » recouvre en réalité plusieurs dimensions. D'une part, les associations Trans produisent et discutent des connaissances scientifiques dites « expertes » en professionnalisant leur point de vue (Psychologues, médecins, doctorants en sciences humaines etc.) D'autre part, les associations Trans se professionnalisent. C'est-à-dire qu'elles deviennent des professionnelles de la lutte contre les discriminations par exemple. Elles offrent en ce sens un certain nombre de formations. Enfin, les associations Trans connaissent une « professionnalisation » dans le sens où elles embauchent elles-mêmes de professionnels de la communication, de la formation etc. La professionnalisation des associations Trans ne fait donc pas simplement écho à une tentative du rehaussement du discours. Il s'agit d'un véritable changement qui donne aux discours militants et associatifs toute sa place au sein de la « controverse » sur le changement de sexe.

<sup>595</sup> STRYKER Susan et WHITTLE StepheN, *Transgender studies reader*, Routledge, 2006. Mais on pourra aussi penser à Pat Califia ou à Kate Bornstein.

<sup>596</sup> REUCHER Tom, *La sexualité des "transsexuels" (syndrome de Benjamin). Approche ethnopsychiatrique*. Mémoire de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Nathalie ZAJDE. Université-Paris 8, 2000 ;

<sup>597</sup> ESPINEIRA Karine, *Analyse de la construction des cultures de genre à la télévision. La transidentité de l'espace public à l'espace télévisuel*, Mémoire de Master 2 en Sciences de l'information et de la communication, Université Aix Marseille, 2007.

<sup>598</sup> BUTLER Judith, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge, 1990; SEDGWICK Kosofsky Eve, *Epistemology of the Closet*, University of California Press, 1991, LAURETIS (de) Thérèse, *Technology of gender*, Indiana University Press, 1987.



Parce qu'il est pour eux « *tout simplement impensable de ne pas associer les personnes Trans' qui le souhaitent à venir s'exprimer librement sur les questions Trans* », les militants organisent la première « Assemblée Générale des Trans » en septembre 2004. Ils mènent des actions de visibilité « coup-de-poing » agitant le monde transidentitaire de leur énergie particulière. En 2004, ils décident par exemple d'organiser un ZAP autour de la venue de Patricia Mercader à la cité des sciences à Paris. Sur leur site on peut lire :

« Le GAT l'a annoncé depuis des mois, le temps du monopole de la parole dans l'espace public par des pysy transphobes est révolu. Au nom de quoi une transphobe notoire se permet-elle d'usurper **notre** parole, nous réduisant à l'état de malades mentaux («*La conviction de ne pas être de son sexe, mais de l'autre relève du domaine de l'illusion voire du délire* », «*Le syndrome transsexuel peut se concevoir comme une forme particulière de décompensation psychotique ou bien de décompensation chez un borderline*»), mais aussi à l'infantilisation, au silence et au mépris? En invitant une soi-disant "chercheurE" qui parle au nom de sa morale, de son idéologie («*or l'une des caractéristiques de l'attitude naturelle à l'égard du sexe est d'être invariant: tel individu est homme ou femme parce qu'il a été homme ou femme dès sa naissance, et le restera jusqu'à sa mort et même au-delà.*») la Cité se fait complice de la transphobie de Mercader. Le GAT a empêché le discours de haine et la fausse science de Mercader de s'exprimer. Le GAT a ainsi exprimé la colère des trans pour dire qu'ils/elles n'acceptent plus d'être humiliéEs, mépriséEs, insultéEs, renduEs invisibles et contraintEs à ramper devant la parole de ces esclavagistes modernes<sup>599</sup> ».

Toujours dans cette logique de reconnaissance d'un savoir Trans assumé, des membres du GAT publieront des articles<sup>600</sup> ou participeront à des conférences (comme Vincent He Say par exemple) non sans lien avec l'importation de la théorie queer en France par Marie Hélène Bourcier et son séminaire du ZOO<sup>601</sup>.

<sup>599</sup> Disponible sur : <http://transencolere.free.fr/communiques/communiqu-gat2004-06-03.htm>

<sup>600</sup> BOURCIER M. Hélène et MOLINIER Pascale (Propos recueillis par), « Entretiens avec Carine Bœuf, Morty Diamond, Jin Haritaworn, Vincent He-say, Jean Bobby Noble et Stephen Whittle. Masculinités queer, trans et post-trans : les rejets du féminisme » in *Les fleurs du mâle*, Les cahiers du Genre, 2008.

<sup>601</sup> BOURCIER Marie Hélène, *Q comme Queer*, GKC, 1997.

La parole des Trans n'est plus une parole pathologisée, c'est une parole politisée et théorisée. Le groupe s'auto-dissout en 2006. Objet de fortes controverses, jugé trop visible par des militants prônant une intégration plus douce, une visibilité moins politisée, il aura néanmoins permis une visibilité des Trans inédite, autorisant les individus à se reconnaître comme n'étant pas des « malades mentaux ».

D'un point de vue expérientiel, l'expertise Trans est aussi diffusée dans des essais. La présidente de l'association Trans Aide, Stéphanie Nicot, est co-auteur avec Alexandra Augst-Merelle de l'ouvrage « Changer de sexe » paru en 2006<sup>602</sup>. Son discours, comme STS, inaugure le terme de transgenre dans une opposition croissante avec « l'identité transsexuelle ». L'activisme croissant de cette association et le dynamisme de sa présidente font d'elle une association incontournable dans le paysage Trans français. On retrouve aussi l'engagement vers l'expertise dans des associations comme « Sans contrefaçon ». Ses fondatrices, Karine Espineira et Maud Yeuse Thomas, mettent l'association en veille quelques années après son ouverture pour se recentrer sur la production théorique autour de la transidentité<sup>603</sup> dans un « observatoire des transidentités ».

Et entre expertise et demandes de reconnaissances, les associations finissent par être entendues, sollicitées. En 2009 OUTrans<sup>604</sup> est créée. Au départ association d'auto-support, l'association, prise dans l'actualité de la sortie du rapport de la HAS, développe rapidement une activité complémentaire de lobbying. L'association rédige plusieurs communiqués de presse en réaction aux annonces de la ministre de la Santé ou de la HAS par exemple et participe par ailleurs à l'organisation de l'Existrans. OUTrans sera aussi à l'origine de l'assemblée générale Trans en avril 2010 qui aboutira à l'élection de représentants siégeant à la commission du Ministère de la Santé pour l'élaboration de centres de référence<sup>605</sup>. On voit alors un glissement de l'auto-support à l'imposition d'une expertise qui concourt à la dépsychiatristion d'identités politisées.

---

<sup>602</sup> NICOT Stéphanie et AUGST Alexandra, *Changer de sexe : identités transsexuelles*, Le cavalier bleu, 2006.

<sup>603</sup> L'association renaît sous le nom de « SC Reloaded »

<sup>604</sup> <http://outrans.org/>

<sup>605</sup> Lire sur OUTrans : Observatoire Des Transidentités : *Interview de l'association OUTrans*, décembre 2010. Disponible sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/>

- **Le monde associatif Trans : l'impossible uniformisation**<sup>606</sup>

On pourrait croire que dans ce grand mouvement qui va de l'ASB à OUTrans, les revendications sont les mêmes. Or différents axes sont privilégiés par les associations pour imposer au débat public la question transidentitaire. La notion d'auto-support que (presque) toutes les associations Trans prennent en compte laisse donc apparaître différents leviers militants.

- L'expertise et la professionnalisation
- Le lobbying politique local et national
- Le lobbying juridique national et européen

Si ces caractéristiques associatives se chevauchent, les associations peuvent choisir DE mettre en avant un aspect plus qu'un autre. Le GEST par exemple met l'accent sur la professionnalisation avec la mise en place d'offres de formations. OUtrans aura su montrer sa capacité à proposer à la fois une expertise et des actions de lobbying au niveau politique et national. Trans Aide est quant à elle devenue experte du lobbying juridique et européen en centrant par exemple ces communiqués sur des notions de droit européen. Il existe donc différentes sphères d'influence pour chaque association, à la fois géographiques et thématiques. Rappelons que l'imposition d'un appareillage conceptuel psychiatrique a été suivie d'un glissement jusque dans les sphères militantes. Les notions médicales de « vrai » et de « faux » transsexuels, devenues les notions de « transsexuels » et « transgenres », ont provoquées la bipartition d'un monde associatif Trans souvent éclaté du fait de représentations divisantes. « *Mais ils soutiennent les transgenres. Nous on s'occupe des filles qui vont jusqu'au bout* » me diront les membres d'une association. « *Si les transsexuelles sont psychiatisées, au fond, c'est qu'il y a quelque chose, qu'elles le souhaitent bien.* » me diront les membres d'une autre. À ce stade, les mots des deux camps deviennent des armes de délégitimation réciproques. Pour observer ce qui se déroule dans ces joutes verbales, les forums sont des outils précieux. Comme tous les forums ils sont difficilement modérables. Quelques uns laissent alors entrevoir de véritables éléments de haine. Dans un des forums en question, il est clairement affiché que la discussion ne concerne que les « *femmes issues de la transidentité* » (à entendre comme « transsexualisme »).

---

<sup>606</sup> Un évènement me semble illustrer cette impossible uniformisation, l'assemblée générale des associations Trans organisée en Avril 2009 par l'association OUTrans. (cf. annexes)

Les « transgenres », principales cibles de ce forum, sont nommées les « *femmes à bite* » ou « *les travlo.* ». En lisant certains commentaires on est stupéfait du nombre d'injures qui sont émises au motif « *qu'elles rêvent. Il n'y aura que des hommes et des femmes et c'est pas demain qu'on va appeler madame quelqu'un de chauve ou de barbu* ». Bref, qu'elles « *donnent une mauvaise image de la vraie transidentité* », c'est-à-dire de « *celles qui souffrent* ». Réciproquement, d'autres forums pour « *transgenres* » affichent un certain mépris pour les personnes opérées par des protocoles, n'hésitant pas à les qualifier d' « *oies* » ou de « *moutons* ». On soulignera par là même que les définitions des uns ne renvoient pas aux définitions des autres, ne permettant pas clairement de délimiter les parcours « transsexuels » des parcours « transgenres ».

Ainsi l'expérience militante et associative oscille entre mode de socialisation, d'auto-support et mode de revendications, d'affirmations collectives et individuelles. Si quelques associations françaises (minoritaires en nombre) favorisent exclusivement l'information et l'auto-support, une large partie de l'univers associatif et militant Trans est fortement orienté vers les débats politiques, sociétaux ou juridiques. Cela informe sur la fonction, pour les Trans, des associations Trans. D'une part elles rassurent, informent, socialisent (physiquement lors de réunions ou virtuellement par le biais de forums). D'autre part elles permettent de subsumer les stigmates individuels en combats collectifs.

On trouve habituellement deux grandes réponses à la question « pourquoi s'engage t-on ? » : l'engagement pourrait dépendre, si l'on se réfère à Mancur Olson, d'un calcul coût-avantage notamment lié aux incitations sélectives (positives ou négatives) que propose les groupes associatifs, ou bien ce que Daniel Gaxie appelle la « rétribution du militantisme », c'est-à-dire l'estime de soi, la gratification la reconnaissance... Il est difficile d'observer ces incitations positives ou négatives face militantisme Trans. Être visible en tant que militant ou en tant que membre d'une association c'est peut-être prendre le risque de se voir outé, mais c'est aussi la possibilité de trouver un temps et un lieu d'échange.

En termes de contournement des stigmates et de requalification de ces derniers, le monde association Trans a tout son rôle à jouer. Il s'immisce même dans les vides juridiques ou protocolaires pour en proposer des solutions, des aménagements ou des alternatives. Du fait d'une pluralité d'associations et de revendications, les répertoires d'actions et les grammaires de la militance se multiplient.

Sur la question Trans, cela donne à voir une dialectique entre ce qu'attend le militant d'une association et ce que l'expérience militante fait à la transidentité. En effet, au fur et à mesure que l'on avance dans une « carrière militante »<sup>607</sup>, on apprend en contact avec autrui à nouer des alliances (notamment amicales), on apprend les codes des luttes transidentitaires, on apprend à réduire les dissonances identitaires... Le mouvement militant consacre à la fois le maintien d'un tien ténu avec les protocoles, mais aussi la présence d'associations dont les répertoires d'actions se déclinent selon les configurations du conflit (les Zap du GAT par exemple<sup>608</sup>) dont on soulignera l'inventivité et la réactivité. Dans ce mouvement qui peut sembler contradictoire, apparaît une spécialisation des luttes (le droit, l'auto-support, l'expertise) et des supports d'actions (allant de la réunion informelle aux manifestations organisées). Il faut donc prendre en compte ce qu'attend l'individu de cet espace militant et observer ces choix, car le rôle de la militance n'est pas que supra-individuelle : faire avancer les droits, lutter pour la visibilité ou lutter contre des injustices ... Beaucoup d'associations se consacrent quasi exclusivement à l'auto-support et à l'information. Face aux obstacles d'un parcours de transition, ces associations sont des relais locaux importants. L'ETT, (Entraide Transgenre Tours), propose d'apporter son soutien à des transgenres souhaitant effectuer un parcours « libre » (c'est-à-dire en dehors des protocoles officiels, qui sont estimés « humiliants »). L'association insiste sur le partage d'expériences. Mutatis-Mutandis à Bordeaux offre information et accueil aux personnes transidentitaires, et produit plusieurs documents dont le Petit Mutatis illustré, un guide de transition, et un fascicule à destination des employeurs<sup>609</sup>. L'association, de par sa proximité plus affichée avec les protocoles officiels, tranche avec les revendications plus entières que nous avons pu décrire précédemment. Le discours Trans oscille alors entre l'intégration par la banalisation et l'intégration par la visibilité. À Lille, « C'est pas mon genre ! »<sup>610</sup> vise à « promouvoir l'intégration personnes trans' au sens large », comme le précise leur site Internet. D'autres associations comme l'ORTrans<sup>611</sup> (Objectif Respect Trans) participent à ce courant associatif dont la priorité est l'auto-support, l'accueil et l'écoute des personnes transidentitaires. Elle « se consacre aux personnes concernées par les questions d'identité de genre au sens large et par le transsexualisme en particulier ».

---

<sup>607</sup> FILLIEULE Olivier, « Sociologie du militantisme : Problématisations et déplacement des méthodes d'enquête », Penser les mouvements sociaux, La découverte, 2010.

<sup>608</sup> <http://transencolere.free.fr/communiqués/communiqué-gat2004-06-03.htm>

<sup>609</sup> <http://www.mutatismutandis.info/>

<sup>610</sup> <http://www.cestpasmongenre.com/>

<sup>611</sup> [www.ortrans.org/](http://www.ortrans.org/)

La question de l'homogénéité du mouvement Trans est à mettre en parallèle avec la question de l'homogénéité du mouvement homosexuel. En ce sens il n'existe pas « une communauté » Trans, mais des individus qui décident de se regrouper. C'est en ce sens que l'on lire Didier Eribon dans « Papiers d'identité » lorsqu'il parle de « la communauté homo »<sup>612</sup> :

*« Quand vous prenez la parole sur des questions homosexuelles, est-ce que vous le faites en tant qu'individu ou au nom de la communauté gay et lesbienne? »  
« Vouloir parler au nom de la communauté présupposerait qu'une telle communauté existe, qu'elle serait un groupe homogène, dotée d'un ensemble d'idées et d'objectifs bien identifiables. Ce n'est évidemment pas le cas et ce n'est pas possible ni souhaitable que cela puisse le devenir. Il faut le dire clairement, la communauté gay et lesbienne n'existe pas. Ce qu'on appelle communauté est une réalité très floue qu'on a du mal à circonscrire et à définir. Ce n'est rien d'autre au fond que la somme jamais définitive des comportements, des actions, des écrits, des paroles, etc. De tout un ensemble de gens très différents les uns des autres. C'est toujours en tant qu'individu que je m'exprime, mais je crois en revanche que des individus peuvent faire exister un discours et des positions intellectuelles et politiques dans lesquelles d'autres personnes choisissent de se reconnaître à un moment ou à un autre, totalement ou partiellement »*

Il n'y a donc pas de « communauté Trans » mais des associations (au sens de regroupements) mises en réseaux. Nous ne sommes que très rarement dans des luttes inclusives entre toutes les identifications Trans. Le film « Diagnosing différence » (Annalise Ophélian, 2009) parvient à réunir en ce sens une multitude de profils Trans qui ne s'opposent pas, mais luttent ensemble. Cette réalité américaine (vue de l'extérieur) n'est pas transposable en France. Le film « Mes questions sur les Trans » de Serge Moati (2010) rend visibles, lui aussi, différents profils. Mais ceux-ci s'opposent, ne racontent évidemment pas la même subjectivité, mais surtout, pas les mêmes visions politiques. Les associations Trans souffrent alors d'un manque d'intersectionnalité infra-communautaire.

---

<sup>612</sup> ERIBON Didier, « Papiers d'identité », Fayard, 2000, pp.37-38

- **Un militantisme à la jonction de plusieurs luttes**

« L'intersectionnalité »<sup>613</sup> trouve avec le monde militant Trans une illustration adéquate. « Classe », « race », « genre » : les subcultures Trans tentent de joindre des questions relatives à l'ensemble des marges<sup>614</sup>. En contact direct avec les penseurs étrangers, les théories queers, les luttes homosexuelles ou féministes, le mouvement Trans déploie un panel conséquent de zones de contacts avec les minorités. J'aimerais donner quelques exemples de mises en lien, parfois même de mise en tension, de la question Trans avec d'autres scènes d'interpellations militantes telles que le féminisme, la question du sida, les combats LGB, l'anti-assimilationnisme ou l'antiracisme.

Nous pourrions débiter cette observation par l'analyse des rapports entre communauté Trans et féminisme, notamment parce que l'intersectionnalité trouve ses sources dans le *black feminism* et le féminisme matérialiste permettant les premiers croisements entre « race », « genre » et « classe ».<sup>615</sup> Pour autant, le féminisme ne s'est pas toujours montré intersectionnel à la question Trans. Pour le moins étonnant que cela puisse paraître, on trouve encore aujourd'hui des réticences à « faire entrer » la question Trans dans les débats féministes en France.

Pat Califia revient longuement sur les rapports conflictuels que certains féminismes entretiennent avec la question Trans en nommant ceci « *le retour de manivelle* » : « *Rien ne s'apaise davantage les bases du fondamentalisme féministe que l'existence des transsexuels* » écrit-il. Trop minoritaires, pas assez femmes : si la transidentité en appelle parfois au féminisme, la réciproque s'arrête là. Peut-être pourrait-on incriminer à la manière de Marie Helene Bourcier le fait que les féministes universitaires françaises ne se soient pas plus penchées sur les productions subculturelles d'altérité du genre.<sup>616</sup>

---

<sup>613</sup> DORLIN Elsa (dir.), *Sexe, race classe : pour une épistémologie de la domination*. Actuel Marx, Puf, 2009.

<sup>614</sup> Lire : BOURCIER Marie-Hélène, *Queer zone 3, identités cultures politiques*, Amsterdam, 2011. (p.116)

<sup>615</sup> PALOMARES Elise et TESTENOIRE Armelle (codir.) « Prismes féministes : Qu'est ce que l'intersectionnalité ? » *L'Homme et la Société* n°176, L'Harmattan, 2011.

<sup>616</sup> BOURCIER Marie-Hélène, *Queer zone 3, identités cultures politiques*, Amsterdam, 2011. (p.66)

Pour Éric Macé<sup>617</sup>, le féminisme tel qu'il s'est élaboré et instauré en France, à savoir un féminisme égalitariste et universaliste, a connu un *backlash* avec l'arrivée d'un féminisme « pro-femme » dépolitisant et naturalisant. On avait déjà vu les limites d'un féminisme qui envisageait la femme grâce aux lectures de Judith Butler<sup>618</sup> mais surtout de Monique Wittig<sup>619</sup> dont la phrase « *les lesbiennes ne sont pas des femmes* » sonne encore comme une manière de dire que le féminisme a oublié de traiter la question sexuelle, c'est-à-dire qu'à penser la femme comme élément naturel sacralisé on l'hétéronormalise la « différence des sexes ». Évoquer une femme Trans féministe nécessite que l'on revienne sur les présupposés d'une nature féminine opposée (ou complémentaire) à une masculinité. C'est cette lecture qui a fait dire à Janice Raymond que « *les transsexuelles ne sont pas femmes ; ce sont des hommes déviants* ». <sup>620</sup> Pourtant, certains verront dans le féminisme non pas un ennemi, mais un allié. Selon l'expression de Jean Bobby Noble, les Trans et notamment les masculinités Trans sont les « *fils du féminisme* »<sup>621</sup>, c'est-à-dire qu'ils ont pris appui sur le féminisme, ses luttes, ses ressources en terme d'images ou de référentiels identitaires<sup>622</sup>. Pour les Ft\*, la question du féminisme est un *arrière-plan* très présent. Johan (25ans) revient sur ce lien : « *Je suis une ex-femme, j'ai des restes du féminisme* » ; « *D'abord t'apprends que c'est compliqué d'être une femme et ensuite t'apprends que c'est compliqué d'être Trans [...] Mais en tant que Trans, en tant que mec aussi, j'oublie pas ce que vivent les femmes. [...] Le féminisme, peut-être que ça a réellement changé ma manière d'être un homme aujourd'hui* ».

Le mouvement Trans propose aussi, non sans lien avec un certain féminisme dont on trouve dans les traces dans l'art contemporain, de reprendre possession de son corps, « *ne pas le laisser se faire créer par quelqu'un d'autre* »<sup>623</sup>. Le mouvement Trans garde d'ailleurs précieusement les propositions artistiques et féministes des « corps slogans » et des *wordworks* comme éléments perturbateurs de la culture hégémonique masculine, patriarcale ou cisgenre.

<sup>617</sup> MACE Eric, « Le piège de la « cause des femmes ». Éléments pour un mouvement antisexiste post-féministe », *Cosmopolitiques*, 4, Ce sexe qui nous dépasse, L'aube, 2003.

<sup>618</sup> BUTLER Judith, *Trouble dans le genre*, op. cit.

<sup>619</sup> WITTIG Monique, *La pensée straight*, Balland, 2001

<sup>620</sup> RAYMOND Janice, *Transsexual empire*, 1994, Seuil, Paris.

<sup>621</sup> NOBLE Jean Bobby, « Masculinités queer, trans et post-trans, les rejetons du féminisme » (entretien croisés, réalisé par Marie Helene Bourcier), Les fleurs du mâle, *Les cahiers du genre* (codir. Marie Helene Bourcier et Pascale Molinier) n°45, 2008. (p.99)

<sup>622</sup> Sur ce sujet : « *Mon sexe n'est pas mon genre* », V. Mitteaux, 2011

Lire aussi « *Mon sexe n'est pas mon genre* » sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/>

<sup>623</sup> La phrase est de l'artiste Hanna Wilke. Lire à ce propos : JONES Amelia, *Body art : performing the subject*, University of Minnesota Press, 1998.



Parallèlement au féminisme, les associations Trans tissent un lien profond avec les associations homosexuelles. Dans sa conclusion pour la journée d'étude « Idaho2011@Bordeaux », Melissa Corlouer, présidente de l'association bordelaise Wake-Up, propose une analyse des petites annonces dans des revues lesbiennes. Elle souligne à cet effet la redondance du « *bi s'abstenir* » dans ces annonces : « *Sur 21 petites annonces bimensuelles, 10 invitent les bisexuelles à passer leur chemin, c'est-à-dire 47% ... chiffre qui amène à se poser la question de la place des bisexuel(le)s au sein même de la communauté LGBT qui d'ailleurs semble bien vouloir se passer du B* ». Dans ce texte, elle revient également sur le sort réservé au « T » dans ces mêmes annonces. Une d'entre elles semble illustrer la tendance : « *Féminine cherche femme 35/60 ans féminine pour relation très sérieuse. Bi, trans s'abstenir, je recherche une vie de couple équilibrée !* »<sup>624</sup>. Le lien entre les communautés homosexuelles et les communautés Trans n'est pas évident. Certains militants posent ouvertement la question de l'utilité d'une alliance LGBT dans laquelle la place du T serait réduite à une portion congrue. Delphine (44ans) est militante dans le centre LGBT de sa région. Son engagement est total, mais elle n'hésite pas à insister sur l'absence des Trans :

*« On fait des choses oui, mais pour les trans' on fait rien. Le T.dor<sup>625</sup> par exemple, ils savent pas ce que c'est. Je dois leur expliquer. Je le fais, mais souvent je me répète et c'est fatiguant. [...] Tout ne se fait pas autour de la gay pride quand même ! ».*

Elodie (35ans) pose le même regard sur l'alliance L.G.B.T :

*« Je n'ai absolument rien contre les L les G les B, mais les T, n'ont rien à faire là. Les gens disent que les associations Trans sont obligées de rejoindre les autres communautés pour avoir plus de poids, mais est-ce que ça nous ferait pas plus de mal que de bien? Les gens après, ils font l'amalgame. Quand je dis que je suis une fille trans, beaucoup me disent "ah oui, je connais des homosexuels". Je l'ai vécu je t'assure. [...] Alors peut-être qu'il arrêter d'aller aux défilés fourre tout ».*<sup>626</sup>

---

<sup>624</sup> CORLOUER Melissa, « Conclusion de la journée et ouverture », IDAHO2011@BORDEAUX, Mai 2011, texte disponible sur : <http://www.observatoire-des-transidentites.over-blog.com>

<sup>625</sup> T.dor : Transgender Day of Remembrance

<sup>626</sup> Lire à ce propos : « LG...BT ? », Mutatis Mutandis et Maison des Femmes de Bordeaux, sur l'Observatoire Des Transidentités (octobre 2011)

Les médias et supports « homosexuels » ne s'engagent pas plus que les militants sur la voie des représentations hétéroclites. Les séries homosexuelles, « Queer as folk »<sup>627</sup> et « The L word »<sup>628</sup> sont de ce point de vue assez représentatives de cette invisibilité de la question Trans dans la culture homosexuelle<sup>629</sup>. Ainsi la série « Queer as folk » met en avant un nouvel agencement de l'agenda militant gay. La série est en cinq saisons à l'image de dix ans de militance homosexuelle. Elle opère un glissement des luttes pour la visibilité (autour de « liberty avenue ») à une lutte pour la reconnaissance dans la banalisation. Le personnage de Brian illustre cela : alors qu'il se prononce ouvertement contre le mariage dans la saison 3 (« *Alors tu me plantes pour aller voir deux gouines se marier ? Je pense que tu es un connard égoïste et sans cœur* » dit-il à Justin, son compagnon) ce même personnage finit par demander en mariage Justin. Et la question Trans émerge difficilement de ce contexte gaycentré sur les doutes liés à la sexualité et à la communauté dont la ville est le symbole. Quelques personnages Trans apparaissent néanmoins dans des rôles secondaires et exotisés : « Godiva » (saison 4 épisode 2), un travesti séropositif dont l'état de santé l'empêche de défiler à la « gay pride » ; le père de Michael qui apparaît travesti sur une scène tout au long d'un épisode (épisode 1 saison 4)...

À l'inverse, la série « The L word » implique un personnage Trans récurrent : Max. Si le générique de la série laisse clairement entrevoir des espaces de porosité entre les genres le



personnage de Max reste décorrélié des histoires lesbiennes de la série. Néanmoins, le profil de Max est intéressant. Il accompagne une transformation FtM dans une dimension à la fois féministe et homosexuelle. En effet, Max tombe enceint de Tom, son petit ami.

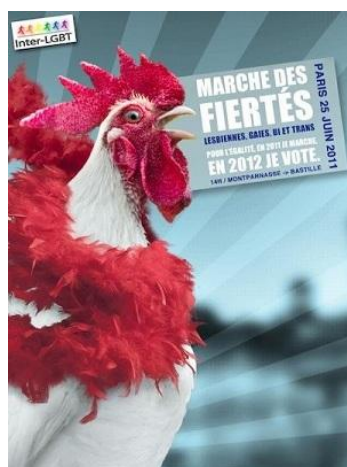
C'est la première fois dans une série qu'un homme enceint apparaît. De plus, durant quelques épisodes, Max occupe un emploi qui lui avait préalablement été refusé lorsqu'il était présenté sous les traits de Moïra, son prénom féminin. Les questions LGBT et féministes se lient alors.

<sup>627</sup> Queer as Folk, Davies Ron Cowen, Daniel Lipamn (EU), Showtime, 2000

<sup>628</sup> The L word, Ilene Chaiken (EU), Showtime, 2004

<sup>629</sup> Lire à ce propos : ALESSANDRIN Arnaud, *Fictions G&L et minorités B&T*, Observatoire Des Transidentités, septembre 2011. Texte disponible sur : <http://www.observatoire-des-transidentites.over-blog.com>

Même si l'imagerie LGBT reste une imagerie majoritairement gay<sup>630</sup>, les liens et les différends entre militants Trans et militants homosexuels portent plus généralement sur l'agenda mis en place dans les revendications LGBT. L'affiche de la marche des fiertés parisiennes de 2011 en est un excellent exemple. Blanchité, virilisme et nationalisme ont provoqué une rupture entre l'interLGBT (regroupement d'associations LGBT) et certaines associations Trans.



**Illustrations** : affiche de la marche des fiertés parisiennes de 2011 et (à droite) affiche de la marche des fiertés bordelaise de 2010.

De cet événement est née une somme d'interrogations, jusque-là peu déclinées en France<sup>631</sup>, sur ce qu'est l'assimilation aux normes nationales en termes de race comme de genre, ainsi nommée l'homonationalisme<sup>632</sup> en référence aux marques de docilités de l'agenda militant homosexuel à l'égard d'un modèle républicain anti-communautaire et assimilationniste. Le débat autour de l'affiche parisienne de 2011 aura donné la parole à ceux et celles qui voyaient en cette affiche un symbole nationaliste<sup>633</sup>, viriliste et blanchiste, incarné par le coq.

<sup>630</sup> Cf : affiche de la marche des fiertés bordelaise de 2010

<sup>631</sup> On notera le livre de Maxime Cervulle *Homo-exoticus, classe race et politique queer* (2010) ainsi qu'un chapitre sur l'anti-assimilationnisme dans *Q comme Queer* de Marie Hélène Bourcier (1997).

<sup>632</sup> PUAR Jasbir, *Terrorist Assemblages: Homonationalism in Queer Times*, Durham, Duke University, 2007

Lire à ce propose : « Homonationalisme et impérialisme sexuel : quand les gays changent de drapeau » de clémence Garrot et Oury Goldman : <http://www.revuedeslivres.fr/homonationalisme-et-imperialisme-sexuel/>

<sup>633</sup> Une affiche du FN de 2008 avait utilisée les mêmes symboles (coq de profil et couleurs nationales)

Sur facebook<sup>634</sup> notamment, on critiquait aussi un slogan (« En 2012 je vote ») exculant vis-à-vis des personnes étrangères, mais aussi vis-à-vis de certaines personnes Trans dont les papiers d'identité ne reflètent pas l'apparence de genre. En opposition avec l'affiche, mais déployant un argumentaire bien différent, des associations ont fustigé le boa arboré par le gallinacé incriminé, signe d'une homosexualité folle, loin de l'image « assimilable » de l'homosexuel que souhaiteraient diffuser ces mêmes associations. En réalité, le rendu visible est la scission entre un courant assimilationniste et un courant différentialiste au sein de la communauté homosexuelle et plus largement LGBT. Ce que Marie Helene Bourcier critique comme étant un courant « homonormatif »<sup>635</sup> ne se limite pas à l'invisibilité des lesbiennes ou des Trans, il s'exprime plus spécifiquement en concordance avec des normes de genre neutralisantes dont l'incorporation devient une preuve anti-communautaire d'allégeance à « l'indifférence aux différences », c'est-à-dire d'invisibilisation des caractéristiques homos, Trans ou folles, bref, des altérités de genre. L'émergence d'un mouvement homosexuel homonormatif, c'est à dire à la fois normatif au sein de la « communauté » LGBT mais aussi en voie de « normalisation », déplace la question du « minoritaire ». Les corps « hors cadre »<sup>636</sup> ne sont plus les corps homosexuels qui s'intègrent dans le cadre « hétéronormé » (non plus stigmatisés par la mort, le VIH, mais par la vie, le mariage et l'adoption)<sup>637</sup>. Tandis que, dans un même temps, d'autres corps, d'autres vies, sont promises à l'humiliation<sup>638</sup>.

Pour reprendre Judith Butler<sup>639</sup>, la sélection, le cadrage, devient à la fois un principe de visibilisation de ce qui est au centre du cadre et un principe d'invisibilisation de la logique du cadrage et de l'exclusion qui en découle. Le cadre « *nous rend aveugles autant que voyants* »<sup>640</sup>. Ceci n'est pas sans lien avec la question transidentitaire. En effet, lorsqu'un real life test est imposé, la marque de la psychiatrie est celle de la conformité aux normes.

---

<sup>634</sup> « L'affiche de la marche des fiertés 2011 est infecte » ; « l'affiche de la marche des fierté doit dégager »

<sup>635</sup> BOURCIER Marie Helene, *Queer zone 3*, op. cit. (p.288)

<sup>636</sup> BUTLER Judith, *Ce qui fait une vie. Essai sur la violence, la guerre et le deuil*, Zones, coll. « Zones », 2010.

<sup>637</sup> PUAR Jasbir, *op.cit.*

<sup>638</sup> On pourra souligner l'arme politique, à double tranchant, de l'association « non blanc » = homophobe, qui entraîne un ralliement de certains homosexuels pour les thèses de la droite nationaliste. Au même titre, nous pourrions citer l'apparition, dans des formulaires pour l'obtention de titres de séjours, d'une question sur l'homosexualité, délimitant une modernité sélective et un agenda homonormatif.

<sup>639</sup> On se souviendra du refus par Judith Butler du prix du « courage civil » à la marche des fierté berlinoise pour dénoncer le gaycentrisme et l'homonationalisme de cette manifestation, c'est-à-dire le développement d'une identité homosexuelle nationalisée.

<sup>640</sup> BORDONADA Laure, « Questions de cadrage », *La Vie des idées*, septembre 2010.

C'est pourquoi il ne serait pas impensable de mettre en parallèle l'agenda homosexuel intégratif et l'arsenal clinique et conceptuel du « transsexualisme » dont l'horizon est la conformation d'un corps ou d'une identité aux attentes sociales qui pèsent sur ces derniers.

Au concept d'homonationalisme viendrait alors s'ajouter celui de « Transnationalisme »<sup>641</sup> qui, indépendamment du concept signifiant les mouvements inter-nationaux, viendrait appuyer la spécificité d'une production identitaire et corporelle nationalisée (les refus liés aux demandes de remboursements des opérations à l'étranger en seraient la preuve). On retrouve aussi cette opposition avec la cristallisation d'une identité transsexuelle autour des codes du féminin ou du masculin et qui exprime une critique sévère face aux revendications publiques Trans jugées prosélytes : un bon Trans serait-ce un Trans invisible ? (renvoyant là aussi au débat sur l'assimilation). Les Trans sont alors entendus à la condition qu'ils expriment le souhait d'une cisgenrification.

Plus récemment, des mouvements tels que ceux des *LOC*<sup>642</sup> (« Lesbiennes of colors ») ou des *QOC* (« Queer of colors ») sont venus ouvrir un nouveau front intersectionnel sur la question LGBT, relatif aux caractéristiques racialisantes internes aux mobilisations homosexuelles et Trans. Ces mouvements qui reconfigurent les espaces d'actions et de théorisations (conceptuellement comme géographiquement) sont les indices récents d'une exigeante mutation de l'agenda militant LGBT auquel en appellent certaines associations ou mouvements Trans<sup>643</sup> en contact direct avec la question des discriminations ethnoraciales. Et plus que la question ethnoraciale, c'est celle du « modèle » national assimilateur qui est montré du doigt. L'exclusion des figures prostituées ou séropositives de certains protocoles questionne aussi le programme transsexuel et les volontés d'assimilations cisidentitaires qu'il crée ou auxquelles il répond.

La question Trans se situe donc sous un feu croisé entre les ponts créés avec les collectifs et associations LGBT d'une part et la nécessité de redessiner les contours des alliances associatives et militantes d'autre part. Ces alliances ne se contentent alors plus d'une similitude des luttes en référence à un sigle LGBT unifié mais hiérarchisant.

---

<sup>641</sup> Plusieurs exemples à ceci. L'opposition de quelques forums ou associations Trans aux mariages Trans pour « respecter les règles de droit » ou bien le combat que mènent certains militants Trans contre les opérations faites à l'étranger.

<sup>642</sup> <http://www.espace-locs.fr/>

<sup>643</sup> Notamment certains ateliers ou thématiques de colloque des UEEH.

À l'image de l'invisibilité de la question Trans dans les médias LGBT, on retrouve sur les questions liées à la prévention, une absence de visibilité des Trans. En compensation, les activistes Trans proposent eux-mêmes des supports de prévention et de sensibilisation, notamment sur la question du VIH.



Pourtant la question du sida et de l'ensemble des hépatites devrait être un socle rassembleur. En réalité, les demandes d'études épidémiologiques sur la prévalence du sida dans la population Trans sont jusqu'à récemment restées sans retour<sup>645</sup>. L'association Chrysalide écrit sur ce sujet : « *En 2009, il y a eu 7000 à 8000 nouvelles contaminations au VIH en France, mais combien de Trans ? Aucun chiffre !* ». Pourtant, les associations comme Act-Up ou Aides n'ont pas hésité à exiger des études sur la question. On retiendra par exemple le texte d'Helene Hazera intitulé « *La communauté du silence* »<sup>646</sup> dans lequel elle dénonçait (c'était en 2005) l'absence de prise de conscience. Alors qu'à l'étranger les études sont nombreuses, en France il a fallu attendre 2010 et l'étude de l'INSERM dirigée par Alain Giami pour avoir quelques résultats :

*« Le taux de dépistage du VIH est important dans la population trans : 82,5% des MtF et 63,6% des FtM ont déclaré avoir fait le test au moins une fois dans leur vie et 32,3% des FtM et 39,2% des MtF déclarent en avoir fait un au cours des douze derniers mois. La prévalence du VIH/sida dans l'échantillon est fortement*

<sup>644</sup> Voir par exemple le DTC de l'association OUTRANS sur : <http://transetvih.org/dtc/> ou bien « gare à tes fesses » de l'association Chrysalide : <http://chrysalidelyon.free.fr/gatf/>

<sup>645</sup> On notera une exception avec l'article d'HACHER Nicolas, « ARV et hormones chez les trans' » revue *Transcriptases* n°130 (2006), ainsi que les rapports YENI (2010) et celui de la HAS en 2009.

<sup>646</sup> <http://www.actupparis.org/spip.php?article2281>

différenciée selon le sexe de l'état-civil à la naissance, puisqu'aucun FtM n'a déclaré être porteur du VIH. Elle s'élève à 6,9% parmi les MtF ayant déjà réalisé un test de dépistage du VIH. Parmi les MtF ayant déjà eu recours au travail du sexe, 17,2% sont séropositives. Précisons que 20,6% des MtF ont déjà pratiqué le travail du sexe au moins une fois dans leur vie, ainsi que 12,5% des FtM. Par ailleurs, 10,9% des MtF nées à l'étranger sont séropositives.»<sup>647</sup>

Concernant les chiffres étrangers, Viviane Namasté<sup>648</sup> écrit :

« Il existe peu d'études sur la séoprévalence du VIH chez les trans'. Cependant, les recherches disponibles indiquent des taux très élevés : on a retrouvé 63% à Rio de Janeiro<sup>649</sup>, 62% à Buenos Aires<sup>650</sup>, 46% chez les travailleuses du sexe à Lisbonne<sup>651</sup>, 78% chez les travestis et trans' en milieu carcéral à Sao Paulo<sup>652</sup>, ou 81% chez les travailleuses du sexe trans' à Atlanta<sup>653</sup>. » « Les taux de séoprévalence sont plus élevés chez les personnes provenant des minorités d'origine étrangère et les personnes migrantes au sein des trans'. Par exemple, à San Francisco, on retrouve un taux général de 35% chez les trans', un chiffre qui s'élève à 65% lorsqu'on considère uniquement les femmes trans' noires<sup>654</sup>. À Rome, une recherche a constaté un taux général de 38% chez les femmes trans', alors que chez les Brésiliennes, dans la même étude, le taux de séoprévalence se situait à 65%<sup>655</sup> »<sup>656</sup>

---

<sup>647</sup> GIAMI Alain, BEAUBATIE Emmanuelle, LE BAIL Jonas, « Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010 » *BEH (Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire)*, 42, novembre 2011, p.436.

<sup>648</sup> NAMASTE Viviane, « 10 choses à savoir sur les trans' et le vih », revue *transcriptase* n°143, *Vulnérabilités*, 2010.

<sup>649</sup> SURRAT H.L. et al., "HIV risks among transvestites and other men having sex with men in Rio de Janeiro : A comparative analysis", International Conference on AIDS, 1996.

<sup>650</sup> BERKINS J and FERNANDEZ J, *La gesta del nombre propio : Informe sobre la situacion de la comunidad en la Argentina*, 2005, Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

<sup>651</sup> <http://a-trans.planetaclix.pt/documentacao/documentacao.htm>

<sup>652</sup> VARELLA D et al., "HIV infection among Brazilian transvestites in a prison population", *AIDS Patient Care STDs*, 1996, 10, 5, 299-302.

<sup>653</sup> BOLES J et ELIFSON K, "The social organization of transvestite prostitution and AIDS" *Social Science & Medicine*, 1994, 39, 1, 85-93.

<sup>654</sup> CLEMENTS-NOLLE K et al., "HIV prevalence, risk behaviors, health care use and mental health status of transgendered persons : Implications for public health intervention", *American Journal of Public Health*, 2001, 91, 6, 915-21.

<sup>655</sup> SPIZZICHINO L et al., "HIV Infection Among Foreign Transsexual Sex Workers in Rome : Prevalence, Behavior Patterns, and Seroconversion Rates" *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28, 7, 405-411.

Aujourd'hui la question de la contamination chez les personnes Trans n'est plus uniquement celle de l'invisibilité, c'est aussi celle de la vulnérabilité, comme l'explique Fred, militant chez Aides, dans une interview à l'Observatoire Des Transidentité :

*Comme pour tout le reste, les Trans' restent bien souvent les oubliés des études. Si on veut des politiques efficaces, il faut d'abord qu'ils aient des droits, que la prise en charge soit humaine, soit éthique, il faut qu'ils aient accès à l'emploi. Il faut que ils et elles puissent vivre correctement avec des droits que n'importe quel autre citoyen dans ce pays. Et ce n'est pas du tout le cas aujourd'hui. Parmi les populations trans certain-e-s cumulent des facteurs de vulnérabilité.*

Néanmoins, le mouvement Trans est aussi très réflexif. Il ne reporte pas uniquement sur les communautés LGB ou sur le féminisme ses espoirs et ses craintes. Le sida ainsi que les minorités Trans racialisées réclament que soient abordées les questions internes aux associations Trans, notamment l'invisibilité des Trans prostitués, celle des garçons Trans et celle des identités « *unknowns* ».

Dans son rapport intitulé « *Entre le marteau et l'enclume : rapport sur la situation des personnes transgenres actives dans les métiers du sexe à Lausanne* »<sup>657</sup>, l'association Agnodice propose une étude qualitative sur 17 personnes travailleuses du sexe en Suisse. Elle y évoque la difficulté de la prostitution comme « *solution de survie* », mais aussi les risques sanitaires et psychologiques liés au travail du sexe. Dans une volonté affichée de clamer « *nous n'irons plus au bois* »<sup>658</sup>, la prostitution est devenue antinomique au modèle d'intégration du « transsexualisme ». Or, il ne s'agit pas d'invisibiliser ceux et celles qui décident de s'orienter vers la prostitution. Deux discours viennent alors se faire face, comme souvent d'ailleurs lorsqu'il s'agit de libre disposition de son corps<sup>659</sup>.

---

<sup>656</sup> Toutes les références de l'article sont ici restituées. Mon terrain n'a cependant pas permis de mettre à jour des éléments spécifiques avec la question de minorités ethniques ou celle de la prostitution. Il aurait d'ailleurs très certainement s'agit d'un autre enquête. Mais du point de vu du militantisme, la question de la santé devient très vite intersectionnelle à l'ensemble des figures minoritaires.

<sup>657</sup> AGNODICE, *Entre le marteau et l'enclume : rapport sur la situation des personnes transgenres actives dans les métiers du sexe à Lausanne*, 2009.

<sup>658</sup> « Nous n'irons plus au bois », Josée Dayan, 2008.

<sup>659</sup> Lire au sujet de la prostitution et du féminisme : PHETERSON Gail, « Le féminisme pris aux pièges », *Genre, sexualité & société*, n°4, 2010.



De manière à rompre avec l'association Trans = prostitués, une militante Trans me dit « *Non ! Les Trans ne sont pas toutes prostituées. Non ! Elles ne sont pas toutes au RSA ou ne chantent pas toutes dans des cabarets. Faut arrêter avec ces stéréotypes !* »

Ne pas reproduire ces prénotions qui cachètent les transidentités sur scène ou sur le trottoir c'est parfois prendre le risque d'en abandonner la réalité. Fabienne (38ans) est prostituée si elle assume son « choix » elle avoue qu'en parler reste compliqué : « *Je dis pas facilement que je suis prostituée tu sais. Déjà, je fais pas ça sur le trottoir, donc c'est moins visible. Mais pour les autres, ça se sait vite ! Et une fois qu'on apprend ce que tu fais et bien y'a pas grand monde pour te soutenir. Même dans les associations, même chez les Trans. Je leur en veux pas. Tant mieux si elles ont eu la chance d'avoir un boulot ou des diplômes. Bien moi c'était pas mon cas et j'ai pas honte de dire que c'est en suçant des bites que j'y suis arrivée. Tu sais, je vais te dire, souvent dans les associations t'entends qu'il faut être tolérant tout ça tout ça, mais en réalité, qu'est ce qui se passe ? Et bien comme partout, y'a toujours quelqu'un pour te dire que tu donnes une mauvaise image des Trans ou qui t'aurais pu faire autrement.* » Elle tente d'apporter une explication à ces réticences, qu'elle perçoit jusqu'à l'intérieur du monde associatif Trans : « *Je suis pas psychologue. Mais quand tu vois à quel point certaines sont mal à l'aise quand on parle de sexe, tu te dis que les psychiatres ils ont bien fait le travail. À force de dire que quand on est Trans on n'aime pas son sexe et bien y'en a, je t'assure, ça leur est monté à la tête et ça y est resté.* »

Mais il n'y a pas que les prostituées qui restent dans les *backstages* du militantisme. Très longtemps, les garçons Trans sont eux aussi restés complètement invisibles, alors même que le nombre de FtM tend à équivaloir celui de MtF. Karine Espineira<sup>660</sup> aura montré que la médiatisation des garçons Trans s'est faite bien après celle des filles Trans. Et pourtant, comme le soulignent Emmanuelle Beaubatie et Julie Guillot<sup>661</sup>, l'histoire des FtM suit celle des MtF. Seulement elle reste dans l'ombre. Le monde associatif a par exemple été très longtemps mené par des présidentes d'associations. Il faudra attendre Tom Reucher à l'ASB et plus récemment l'association OUTRANS pour qu'apparaisse une nouvelle génération de garçons Trans sur les scènes politiques, associatives et médiatiques.

---

<sup>660</sup> ESPINEIRA Karine, *La transidentité, de l'espace médiatique à l'espace public*, L'Harmattan, 2008

<sup>661</sup> BEAUBATIE Emmanuelle, GUILLOT Julie, « L'invisibilité FtM : aspects sociaux et politiques », *La transidentité : des changements individuels aux débats de société* (dir. d'A. Alessandrin), L'Harmattan, 2011

Cette nouvelle visibilité ne va pas sans poser un certain nombre de questions sur « qui » parle dans la communauté Trans. Face au constat d’avoir été parlé plus que d’avoir parlé, les Transboy n’ont pas hésité à imposer de nouveaux fronts militants comme ceux liés aux opérations de métaiodioplastie ou ceux d’une nouvelle esthétique des corps transformés (en rendant notamment visible des torsoplasties lors de marches des fiertés). L’apparition des FtM dans le débat transidentitaire va aussi de pair avec l’apparition du mouvement queer dans lequel certains trouvent un élément d’empowerment et de visibilité<sup>662</sup>. Mais en plus de forcer l’entrée de « *dans la maison des hommes* »<sup>663</sup>, les FtM parviennent à redessiner l’espace militant Trans. Les *Transboys* ont accès à la masculinité et à ce qui en découle. Ils imposent non seulement un changement définitionnel du groupe « homme », mais de surcroît une relecture des avatars de la masculinité. Dans son texte « *Look ! No, Don’t* »<sup>664</sup>, Jamison Green revient d’ailleurs sur ce qu’il nomme plus le « *dilemme* » de la nouvelle visibilité des « *hommes transsexuels* » entre « *être pris au sérieux dans le sexe et le genre dans lequel on est à l’aise* » et la nécessité d’être visible dans le but « *d’étendre dans la conscience générale la grande gamme des différences que contiennent les normes sociales de genre* »<sup>665</sup>.

Il ne s’agit plus simplement d’une « masculinité sans homme »<sup>666</sup>, dont Marie Helene Bourcier dans « *Queer Zone 3* »<sup>667</sup> esquisse les limites, mais d’une reconfiguration plus profonde des éléments matériels et discursifs de masculinité et de féminité dans la manipulation de nouvelles « technologies de genre »<sup>668</sup> génératives de nouveauté. Et à l’intérieure de la question Transmasculine, si tant est qu’elle puisse se prononcer ainsi, éclosent de nouvelles margent mettant à mal l’évidence d’une transition FtM comme MtF.

---

<sup>662</sup> Je ne dis pas par là que la subversion est le fait des FtM et qu’en contre partie les MtF seraient conservatrices. Au contraire, si la question FtM et celle des identités *queer* apparaissent en même temps, un bon nombre de MtF surent s’en emparer comme un moyen d’affirmation identitaire, souvent post-identitaire, pour renouveler le logiciel des luttes T, de telle sorte que la scission la plus flagrante n’est pas entre FtM et MtF mais entre personnes se revendiquant du mouvement *queer* et celles qui le condamnent.

<sup>663</sup> GUILLOT Julie, *De la clandestinité à la visibilité, trajectoire des garçons trans’ / FtM*. Mémoire de M2 recherche, EHESS, Paris, sous la direction de Rose-Marie Lagrave, 2008.

<sup>664</sup> GREEN Jamison, “Look! No, don’t ! The visibility dilemma of transsexual man”, in WHITTLE Stephen, STRYKER Susan, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, 2006. (p.499)

<sup>665</sup> Traduction à partir de GREEN Jamison, “Look! No, don’t ! The visibility dilemma of transsexual man”, *ibid*.

<sup>666</sup> HABERMAS Judith, *Female masculinity*, Londres, Duke University Press, 1998.

<sup>667</sup> BOURCIER Marie Helene, *op. cit*.

<sup>668</sup> LAURETIS Teresa (de). *Théorie queer et cultures populaires. De Foucault à Cronenberg*, La dispute, coll. Le genre du monde, 2007.

FtU<sup>669</sup> FtX, mais aussi MtW<sup>670</sup> ou Mt\* : que devient la binarité lorsque la mixité s'applique à même le corps ? Dans ces identités se loge la question de l'autodéfinition mais aussi des définitions par autrui. Peut-être plus que l'identité, c'est la question du corps qui est mis en avant. Comme le résume Maud Yeuse Thomas dans le documentaire « l'ordre des mots »<sup>671</sup> : « *Est-ce qu'on appartient à l'humanité, est-ce qu'on relève de l'humanité si on n'est ni un homme ni une femme ?* » Le sexe qui n'est plus un dévoilement est alors au confluent des parcours de vie et des technologies qui permettent simultanément de dire le réel et de le performer. Là réside très certainement un nouvel enjeu pour la militance Trans.

---

<sup>669</sup> Female to Unknow (Inconnu)

<sup>670</sup> Male to Whatever (Peu importe) Lire à ce sujet : ALESSANDRIN Arnaud et FRANQUET Laetitia, « La sociologie visuelle à la rencontre des normes de genre », Actes du colloque, *L'image publique*, Rennes, 2011 (en ligne)

<sup>671</sup> « L'ordre des mots » Cynthia et Melissa Arra, 2007.



### III° DE LA QUESTION TRANSGENRE A LA QUESTION CISGENRE

Si les parcours Trans ne sont plus prononçables selon l'unique voix du « transsexualisme », s'il existe des résistances et des adaptations, c'est que les personnes concernées quittent le statut de « malade » pour conquérir celui de « patient », actives dans leurs orientations de santé et dans leurs choix corporels. Les parcours Trans dessinent alors de véritables réseaux, des « marchés », qui sont aussi des « marchés de réputations » réalisés par les personnes concernées au travers de retours d'expériences, d'accumulations d'adresses et de témoignages qui valident et invalident des réputations de praticiens, hospitaliers ou non. Acteurs de leur cause, les Trans s'emparent de la question Trans. Ce faisant ils deviennent ce que Daniel Defert, fondateur de l'association Aides, nommait « un réformateur social »<sup>672</sup>, c'est-à-dire qu'ils proposent une alternative, prononcée de leur point de vue, mais ayant des répercussions sur d'autres sphères que celle du « transsexualisme ». Touchant à la question de la libre disposition de son corps, les Trans, le « fait accompli » Trans, pose notamment problème à la psychanalyse, dont certains acteurs produisent des écrits en opposition frontale aux changements proposés par les Trans. Nous verrons la manière dont la question Trans parvient alors à entrer en résistance avec la question « Cis », sans pour autant réifier ces deux catégories, mais en permettant plutôt d'entrevoir un « privilège cisgenre » et des « épreuves Trans » irréductibles à l'opposition « Trans / Cis ». En se soustrayant à la pathologie, les Trans se rendent visibles et recomposent à nouveau la cartographie des identités de genre.

---

<sup>672</sup> DEFERT Daniel, « Un malade du sida peut-il être un réformateur social ? », Esprit ? Juillet 1994, p. 100-111

Le « transsexualisme », comme invention psychiatrique, a tenté d'offrir des réponses psychiatriques aux demandes Trans sous la forme d'un programme qui ne parvient plus aujourd'hui à saisir les nouvelles transidentités. Pour le dire autrement, le « transsexualisme » échappe à ses créateurs pour être redéfini, critiqué, contourné, par les acteurs eux-mêmes. Le transsexualisme ne pourvoit plus en significations fortes et uniques les subjectivités et les individualités Trans qui se singularisent tout au long des nouvelles « carrières » d'identifications de genre. Colette Chiland formulera aussi cette déprise, mais avec une certaine nostalgie :

*« Depuis quelques années, s'est développé un mouvement " transgenre " ou " trans" qui se définit comme n'ayant plus rien à voir avec les transsexuels calmes, bien élevés et cachés, attendant poliment que les juges et les professionnels médicaux libéraux leur donnent le traitement bienfaisant dont ils avaient besoin pour poursuivre leur vie dans l'ombre de la société normale. »<sup>673</sup>*

En effet, si les protocoles de changement de sexe français sont contournés, c'est qu'ils sont perçus par les personnes Trans comme des espaces maltraitants, théoriquement et cliniquement. Aussi, si le « transsexualisme » ne permet plus d'appréhender les subjectivités et les corps Trans c'est parce que les « technologies de genre » mobilisables par les individus fournissent à la fois des éléments nouveaux d'identification de sexe et de genre, mais aussi de nouveaux éléments de résistance qui extraient les transidentités des définitions psychiatriques. C'est donc d'un changement de paradigme qu'il s'agit. Les Trans ne sont plus simplement des malades, ni même des patients « passifs », mais deviennent des consommateurs avertis des soins qui leur sont proposés<sup>674</sup>, des « consom'acteurs »<sup>675</sup> en quelque sorte d'une nouvelle économie des changements sexués et genrés. On trouve une illustration des consom'acteurs dans l'article de Gérald Gaglio intitulé « Consommation d'informations sur Internet et modulation de la relation aux médecins »<sup>676</sup>.

---

<sup>673</sup> CHILAND Colette « D'un sexe à l'autre », Pour la science, n°350 Décembre 2006.

<sup>674</sup> GAGLIO Gérald, « consommation d'informations sur internet et modulation de la relation aux médecins. Le cas d'aidantes de malades atteints d'une pathologie lourde », *Sociologies pratiques*, Presses de Sciences Po, 20, pp. 63-74, 2010.

<sup>675</sup> La revue *Multitudes* du printemps 2011 (numéro 44) propose le terme d'*hybrid'action* pour suggérer notamment les passages des réels aux virtuels. Nous pourrions reprendre ce terme à notre compte en ce qui concerne les régimes d'actions entre le « patient » et l'acteur de santé.

<sup>676</sup> GAGLIO Gérald, « consommation d'informations sur internet et modulation de la relation aux médecins. Le cas d'aidantes de malades atteints d'une pathologie lourde », op. cit.

Il écrit : « Une figure a été récemment proposée [...] celle de l'« *informed patient* » (ici « *l'aidant informé* »). Elle rappelle le consommateur ou le consommateur réflexif. Des comportements illustrant cette définition ont été assumés par certains enquêtés : s'informer sur Internet permet de « *challenger* » les médecins sur les traitements prescrits, amène à demander des explications en employant parfois des termes techniques, conduit à utiliser la consultation médicale de façon confirmatoire, autorise à visiter un médecin muni de pages imprimées issues de sites Web. Pour les médecins, ces comportements peuvent être perçus comme un consumérisme désagréable : ils seraient désormais des prestataires de service parmi d'autres, se contenteraient souvent d'exécuter des demandes de bénéficiaires se comportant comme des clients. »

Il fait référence plus précisément à une définition de Kivitz sur les « patients informés » : « *Le patient informé est une notion qui renvoie aux capacités des gens à rechercher plus d'informations que celles délivrées par les professionnels de la santé et de la médecine. En cela le patient informé constitue un savoir spécifique qui peut être invoqué contre le savoir médical du praticien.* »<sup>677</sup>

Ce basculement d'un patient agi à un patient sachant va de pair avec la déprise de la psychiatrie face aux nouvelles demandes de transitions ou de modifications, qui ne sont plus uniquement superposables aux processus de transsexualisation. Les individus ne se contentent plus des réponses qui leur sont faites et sont critiques, réflexifs, sur la manière de conduire un suivi, un accompagnement. L'exigence éthique vient là aussi redimensionner le rapport patient-médecin qui caractérise les protocoles de changement de sexe sous la forme d'une asymétrie forte entre un patient dépendant des réponses et des temps médicaux et le praticien. Nous verrons dans ce chapitre qu'aux comparaisons locales<sup>678</sup> entre les protocoles et les praticiens s'ajoutent des comparaisons internationales qui pourvoient en connaissances un nouveau « marché » du soin, et qui transforment profondément la place et les parcours des individus médicalisés.

---

<sup>677</sup> Traduction à partir de : KIVITS J., *Informed patients and the Internet. Journal of health psychology*, vol. 11, pp. 269-282, 2006.

<sup>678</sup> Cf. « 2.1 Protocoles nationaux et comparaisons locales »

Mais ce changement de paradigme est aussi fortement influencé par l'arrivée des militants Trans dans le champ des savoirs, médicaux comme juridiques. Dans son texte intitulé « Quand les trans' deviennent experts »<sup>679</sup>, Tom Reucher écrit :

*« L'identité transsexuelle a été capturée et nommée par les « psys ». [...] Nous trouvons cette manière de faire irrespectueuse. Aussi nous nous sommes réapproprié notre nomination. [...] Les écrits de ces experts découlent de leur frayeur, d'une méconnaissance des différents processus de transidentité et de théories hétérocentrées qui se sont érigées en « normes » au mépris des droits humains. [...] C'est pour faire face aux discours de ces experts que se sont créées des associations de transsexuels remettant en cause le « savoir » dominant et sa diffusion. C'est nous les experts de ce que nous sommes. Qui peut mieux que nous dire ce que nous vivons ? En quoi peuvent-ils dire mieux que nous ce qui est bien pour nous ? Ils prétendent que leur vision du monde est la seule qui soit vraie. En quoi leur vision du monde est-elle plus juste que la nôtre ? »*

Ceci n'est pas sans rappeler ce qu'écrivait Maud Yeuse Thomas dans un de ses articles au titre lui aussi évocateur : « De la question trans aux savoirs trans, un itinéraire »<sup>680</sup>. L'irruption d'un savoir Trans alternatif, propre aux Trans et écrit par les Trans, se heurte inévitablement aux savoirs constitués et déstabilise les certitudes. C'est-à-dire qu'à l'image d'une population Trans objet de prise en charge vient s'interposer l'image d'acteurs sujets de leur cause dans un glissement de la transidentité de la « minorité » à la « minorité active ». La définition de Serge Moscovici<sup>681</sup> renvoie directement aux questions posées par Tom Reucher. Il définit la minorité active comme un phénomène d'influences réciproques entre une « minorité » et une « majorité », en considérant le minoritaire en fonction de l'impact qu'il peut avoir. Le minoritaire est en ce sens émetteur d'influences et créateur de normes. De ce point de vue, les populations Trans se déclinent aujourd'hui comme des « minorités actives ». On quitte alors les profils Trans protocolarisés pour entrer dans les scènes contre-hégémoniques où opèrent des patients sachants, porteurs d'alternatives de prise en charge, mais aussi, en ce qui nous concerne, porteurs d'une rupture sociétale quant au regard à porter sur l'ensemble des identités de genre.

---

<sup>679</sup> REUCHER Tom., *Quand les Trans deviennent experts*, Multitude, 2005

<sup>680</sup> THOMAS Maud Yeuse, « De la question trans aux savoirs trans : un itinéraire », *Le sujet dans la cité*, 1, 2010.

<sup>681</sup> MOSCOVICI Serge, *Psychologie des minorités actives*, PUF 1991 (réédition)



Plus qu'une minorité de santé, la transidentité tendrait aussi à être une « minorité culturelle » véhiculant des représentations (dont on a vu qu'elles pouvaient être multiples et contradictoires) venant déstabiliser les représentations hégémoniques dites « majoritaires ». Dans son article intitulé « patient ou personne malade », Claude Le Pen écrit :

*« Parfois même, la normalisation du « patient » s'opère par l'institutionnalisation de la différence plutôt que par sa négation. La maladie confère un « statut communautaire » aux patients qui revendiquent alors la même reconnaissance que celle attachée à tout autre statut minoritaire social, ethnique ou religieux. [...] Il ne s'agit pas seulement de revendiquer une reconnaissance, une dignité, une autonomie individuelle, mais aussi de trouver dans la maladie les fondements d'une identité collective. »*<sup>682</sup>

Dans le cas de la transidentité on entend à la fois le passage d'une « maladie » à une identité, individuelle et collective, mais aussi la déprise même de l'idée de maladie dans ce qu'il convient alors d'appeler une identification sur le prisme des variances de genre. En questionnant la notion de « cis-identité » les cultures transidentitaires mettent à mal, un peu à l'image de l'homosexualité, ce qui est censé représenter le neutre ou le normal. En effet, en tant que véhicules de propositions de changements, les personnes Trans impactent plusieurs aspects relatifs à la cis-identité, c'est-à-dire aux espaces non Trans. Car ce n'est pas seulement en interne des communautés Trans que les changements s'effectuent, mais, par cercles concentriques, à l'ensemble de la société qu'ils se propagent. Certes, nous insisterons sur le fait qu'en apparence, rien ne bouge. Pourtant, comme le fait remarquer Daniel Welzer Lang concernant les hommes<sup>683</sup>, lorsque les minorités sont en mouvement, le centre aussi se modifie. Pour autant, les hiérarchies et les inégalités semblent se perpétuer. Mais à y regarder de près, l'emplacement des acteurs n'est plus réellement le même. C'est-à-dire que les critiques émises des groupes jusque-là sanctionnés par l'ensemble de ces dispositifs de genre et de sexe cis-identitaires, comme celles que les féministes adressent au patriarcat, n'ont pas mis à mal la hiérarchie et la différence entre les « trans » et les « cis ».

---

<sup>682</sup> LE PEN Claude, « "Patient" ou "Personne malade" ? », *Revue économique*, n° 60, Presses de Sciences Po, 2009.

<sup>683</sup> WELZER LANG Daniel, *Les Hommes aussi changent*, Payot, 2005.

L'accumulation tendancielle des droits des minorités, la diminution récente des sanctions face aux « déviances » de genre (et aux nouvelles performances de genre), ne doit pas faire oublier que les différences (en termes de genre, de sexe ou de sexualité) restent endiguées dans des hiérarchies puissantes. Cependant, il se loge toujours des resignifications dans le jeu des acteurs ; resignifications qui redistribuent les termes. Comme le note Éric Macé<sup>684</sup> :

*« C'est ainsi que l'on peut considérer avec Kate Bornstein que ceux qui sont « tous les autres » du binarisme stéréotypé masculin / féminin<sup>685</sup> constituent un mouvement culturel trans certes hétérogène, mais capable de resignifier le point de vue « normal » des non-trans comme un point de vue « cisgenre » particulier bien qu'hégémonique<sup>686</sup>. [...] En multipliant les illustrations dans l'art, le cinéma, la musique et leurs usages, il est ainsi possible de montrer que cette opération de resignification n'est pas réductible à une minorité éclairée, militante et engagée sous la forme d'un mouvement culturel organisé, mais qu'elle s'exprime de multiple manière, de la plus privée à la plus publique, par l'ensemble des médiateurs culturels possibles (de l'art aux médiacultures), dans l'ensemble des catégories de langage, de signe et de représentation qui sont autant de mouvements dans la culture. »*

On peut dire, à la suite d'Éric Macé, que la minorité Trans n'est pas uniquement une minorité active, mais une minorité culturelle et qu'en ce sens elle a su créer et prendre appui sur des « mouvements dans la culture » (les sphères artistiques comme militantes) pour devenir elle-même un « mouvement culturel » capable de tenir des contre-propositions non seulement pour les Trans eux-mêmes, mais aussi pour l'ensemble des identités de genre qui composent le panel des expressivités genrées. Il sera dès lors intéressant d'observer les répercussions « au centre » de ces mouvements « excentriques », c'est-à-dire les répercussions au sein du modèle « cisgenre », lui aussi analysable comme un programme, c'est-à-dire non descriptible comme une identité fixe.

---

<sup>684</sup> MACE Eric, « Paradigme du pouvoir vs paradigme de la domination », *Les usages de Michel Foucault*, Brugère Fabienne, Le Blanc Guillaume (dir.), PUF, Paris, 2012.

<sup>685</sup> BORNSTEIN Kate, *Gender Outlaw*, op. cit.

<sup>686</sup> STRYKER Susan, *Transgender History*, Berkeley, Seal Press, 2008.

C'est Julia Serrano qui, en 2007, introduit le concept de « cisgenre » dans la littérature universitaire. Dans son livre « Whipping girl, a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity »<sup>687</sup> elle écrit sur « le privilège de la naissance cissexuelle »<sup>688</sup>. Cette idée du « privilège cisgenre » (comme il existe un privilège du masculin par exemple<sup>689</sup>) est reprise dans le documentaire « L'ordre des mots »<sup>690</sup>. Dans ce reportage, Carine Boeuf, militante au GAT, dit : « *Jamais personne n'est tenu de justifier qu'il est un homme, qu'elle est une femme. Et nous on serait non seulement tenu de justifier pourquoi on fait cette demande- la, mais en plus on serait obligé de le démontrer en passant... C'est indémontrable !* ». On retrouve déjà ces termes (de « privilège » et de « cisidentité) dans l'article de Green publié en 2006.<sup>691</sup> Dans cet article intitulé « Debating Trans Inclusion in the Feminist Movement : A Trans-Positive Analysis », il Green revient sur le texte de Janice Raymond<sup>692</sup> (qu'il qualifie de « *transphobic-feminist* ») : « *Les femmes cisgenreées (cisgendered) ont le privilège distinct de faire partie de la classe « femme » légitime.* »<sup>693</sup>.

Lors d'un entretien avec Oriane, jeune militante Trans de 27 ans, le terme de privilège revient lui aussi. Il est associé à l'idée du « neutre » et touche du doigt l'inimaginable « placard cisgenre » alors même qu'il existe selon elle un « placard Trans ». Sur la base de cet entretien nous pourrions dire que le passage de l' « insu » au « su » pour les cisgenres comme pour les hétérosexuels illustre le passage du « neutre » au « normal ». Pour les homosexuels ou pour les Trans il s'agit plutôt d'un passage du « suspect » à « l'anormal », ou au « pathologique » pour les Trans. Dans un cas comme dans l'autre, il persiste un privilège cisgenre comme il existe un privilège hétérosexuel. Les Trans reviennent souvent sur ce parallèle.

Benoit a 25ans. Avec sa famille « *c'est un peu lâche... en fait, comme ils sont pas à mes côtés et bien j'ai pas vraiment eu à me cacher. Avoir un placard on dit.* » Il habite dans une grande ville « *tout le monde sait qui je suis. Je me suis jamais réellement cachée je crois. Non, jamais. Et tu vois, pas besoin de placard pour moi.* »

<sup>687</sup> SERANO Julia, *Whipping girl*, Seal edition, 2007.

<sup>688</sup> Traduction de : « Whipping girl, a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity », p.168

<sup>689</sup> Lire à ce propos l'interview de Valérie Mitteau, « *Mon sexe n'est pas mon genre* » sur son reportage du même titre sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/>. Elle écrit : « j'espère que le film fait percevoir l'injustice que constituent les privilèges du masculin. Il faut que les garçons refusent ces privilèges. »

<sup>690</sup> « L'ordre des mots », Cynthia et Melissa Arra (2007)

<sup>691</sup> GREEN Eli, "Debating Trans Inclusion in the Feminist Movement", *Journal of Lesbian Studies*. 10, pp. 231–248, 2006

<sup>692</sup> RAYMOND Janice, "The transsexual empire: the making of she-male", College Press, 1994.

<sup>693</sup> Traduction à partir de: "Debating Trans Inclusion in the Feminist Movement: A Trans-Positive Analysis", *Challenging lesbian norms* (dir. Angela Pattatucci), Routledge, 2006.

Si lui n'a pas besoin de se cacher, il croise fréquemment des connaissances qui osent moins s'affirmer : « *Mais quand tu vas au CGL (Centre Gay et Lesbien) t'en vois plein qui disent « j'ai fait mon coming out » et qui ont les deux pieds dans le placard. Les Trans c'est pareil. Même si c'est peut-être plus facile à cacher. Quoique je connais des pédés qui sont comme les Trans face au placard.* » Pour lui il y aurait « *un placard du genre* » et « *un placard des sexualités* ». Il avoue que « *c'est souvent les mêmes* ». Ce placard, l'épreuve d'avoir à se montrer ou à se cacher reste prouvé selon lui le privilège dans « non-Trans » « *Quand t'es lesbienne et Trans c'est plus compliqué que quand t'es hétéro et pas Trans.* ». Il emploie le mot « Cis » : « *Oui c'est comme ça qu'on dit. Mais les cis-genres vous ne vous rendez pas compte de ça. Y'a pas de placard cis-genre. Sauf pour les pédés et les gouines avec un genre qui déplaît c'est évident.* ». Et quand je lui pose la question des changements de genre dans la société, même du côté des hétérosexuels, il me coupe : « *Ok, mais c'est qui ? Des métrosexuels ? Arrête. Pour eux c'est même hype ! Tu parles d'un placard. Non, moi c'est que je te dis c'est que quand les Trans sortent du placard « bonjour je suis Trans » tout de suite t'as la maladie derrière. Les homos vous avez pas marqué « hétéro » sur votre carte d'identité. Bah nous on doit avoir marqué « cisgenre » dessus. C'est un sacré privilège quand même.* »

Si l'on remonte aux premières publications ayant fait usage du terme de « cisidentité », on trouve un sexologue allemand, Volkmar Sigusch, qui utilise déjà le terme "cissexuel" dans son sens actuel dans des articles de 1991<sup>694</sup>. En 1998, dans « *The neosexual revolution* » il écrit : « *The genuinely neological characteristic of transsexualism is that it casts what I have referred to as cissexualism (Sigusch, 1991a, 1991b, 1995a, 1995b), actually its logical counterpart, in a highly ambiguous light. For if there is a trans, beyond (physical gender), there must be a cis, a this-side-of, as well. By proving that sex/gender is a culturally composed, psychosocially communicated phenomenon, transsexuality shows that physical gender and gender identity among cissexuals, who up to now have been regarded as the only healthy and normal people, no longer unquestionably and (supposedly) naturally go together.* »<sup>695</sup>

---

<sup>694</sup> SIGUSCH Volkmar, "Transsexuals and our nosomorphic view. Part I : The detotalization of transsexualism". *Z. Sexualforsch.* n°4: 225-256, 1991.

<sup>695</sup> SIGUSCH Volkmar, "The Neosexual Revolution", *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 27, No. 4, 1998

C'est cependant à Julia Serano que l'on attribue la démocratisation de ce terme qui, avant « Whipping girl », était à l'origine un terme dont l'utilisation connaissait un certain attrait sur les forums et sites Trans. Avant d'être un terme académique, il s'agissait donc avant tout d'un terme militant.

*« “Trans” signifie “à travers” ou “à l’opposé de” alors que “cis” signifie “du même côté que”. Donc si quelqu’un qui a été assigné à un sexe à la naissance s’identifie et vit comme un membre de l’autre sexe, ce sera un « transsexuel » (parce qu’il passe d’un sexe à l’autre), et si quelqu’un vit et s’identifie dans le sexe assigné à la naissance, ce sera un « cissexuel » »*

À l'image de l'hétérosexualité qui ne s'est réellement nommée qu'après l'invention de l'homosexualité, la cis-identité n'a été discutée qu'après la construction, du côté du pathologique, de la transsexualité. Pour que « Cis » puisse signifier « non-Trans », encore faut-il définir le « Trans ». Selon Julia Serano si la « *generation* »<sup>696</sup> est rendue visible c'est qu'il existe des personnes, Trans ou non Trans, qui ne se reconnaissent pas dans le genre assigné, dans le genre « perçu » (« *perceived gender* »). Mais dans l'exemple Trans, ce qui devient caractéristique c'est justement le « postulat cisgenre » (« *Cissexual assumption* »<sup>697</sup>), toujours selon l'expression de Julia Serano, postulat de départ arguant de neutralité qui « *éloigne les Trans de leurs expériences* »<sup>698</sup> et qui reste « invisible » aux yeux des cisgenres. Selon Serano, ce « *privilège cissexuel* » les autorise à genrer autrui selon leurs propres catégories.

Ce « *gender entitlement* » des cissexuels n'est viable que parce qu'il est pensé comme « infallible »<sup>699</sup> de par la « *naissance cisgenre* ». Julia Serano écrit :

*« Les cissexuels voudront croire que leur genre est plus authentique que le mien. Mais cette croyance est malhonnête et ignorante. La vérité c'est que les femmes cissexuelles se sentent autorisées à s'auto-nommer « femme » puisque (1) elles reconnaissent cette catégorie, (2) elles vivent leurs vies en tant que « femme » et (3) les autres individus s'adressent à elles en tant que « femme ». Tous ces*

---

<sup>696</sup> SERANO Julia, *Whipping girl, a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*, Seal edition, 2007, p.162.

<sup>697</sup> p.164

<sup>698</sup> p.165

<sup>699</sup> p.166

*marqueurs s'appliquent à ma féminité transsexuelle. Dans les interactions sociales, la seule différence entre mon genre transsexuel et leurs genres cissexuels c'est que ma féminité est souvent caractérisée comme secondaire, illégitime, ou comme une imitation de leur féminité. Et la plus grande différence entre mon histoire en tant que « femme » et la leur c'est que j'ai eu à me battre pour le droit d'être reconnue comme « femme » alors qu'elles avaient le privilège de simplement pouvoir le prendre pour acquis. »<sup>700</sup>*

Sur ces bases définitionnelles, nous tenterons de voir la manière dont les « marchés » Trans, qui sont surtout des « marchés des réputations », parviennent à faire basculer les Trans d'un statut de patients à celui d'acteurs puis, dans un second temps, la manière dont ces actions concertées permettent de questionner non plus uniquement la question « transsexuelle » mais plus probablement aussi la question « cis-identitaire ».

---

<sup>700</sup> p.169-170

### **3.1 DU PATIENT « PROTOCOLARISE » AU PATIENT SAVANT**

#### **3.1.1 Du « malade » au « patient » : expériences Trans et expertises Trans**

La transidentité n'est pas une maladie<sup>701</sup>. Et tout ce qui touche de près ou de loin à une représentation d'elle comme « maladie » est immédiatement critiqué par les associations. Ces mêmes associations ne sont d'ailleurs pas des associations de « malades », mais des associations « d'auto-support ». Les personnes Trans sont irréductibles au statut de « malade » qu'on leur confère. Paradoxalement ce statut assure une reconnaissance et un stigmate, car il délimite une frontière hiérarchisante entre le normal et le pathologique. C'est donc au-delà de l'identité « malade » qu'il faut poser notre regard. La question Trans n'est pas le seul exemple où les individus souhaitent « quitter l'identité de malade »<sup>702</sup> comme le montre par exemple Béatrice Jacques avec les femmes atteintes du cancer du sein. Nous pourrions alors proposer le terme de « patient », mais le statut de « patient » est-il pour autant adapté ? Car si l'individu revendique un rôle actif dans l'échange de santé c'est qu'il est désireux de passer de l'objet de soins au sujet de soins, passage qui inaugure une ère nouvelle dans le rapport du patient à l'expert médical et du patient aux connaissances médicales. Selon Claude Le Pen :

*«La notion de « patient » – et sa représentation tutélaire – a tendance à connoter tout malade comme relevant d'une conception extrême de la pathologie, caractérisée par une perte ou une atténuation de la conscience, une souffrance extrême ou encore un handicap mental. Or, il nous faut à nouveau constater que la grande majorité des soins sont consommés aujourd'hui par des personnes suffisamment conscientes et « bien portantes » pour pouvoir exprimer des jugements rationnels, pas moins rationnels en tout cas que ceux de personnes considérées comme « normales » ».*

---

<sup>701</sup> L'argument selon lequel les transsexuels sont malades puisqu'ils font appel au médecin est contrarié par l'exemple des femmes enceintes qui, elles aussi, font appel à la médecine sans pour autant être considérées comme malades.

<sup>702</sup> JACQUES Béatrice, « Quitter l'identité de malade, le cas des femmes atteintes de cancer du sein », *Faire Face au cancer. Image du corps, image de soi*. Florence COUSSON-GELIE, Emmanuel LANGLOIS, Marion BARRAULT (dir), Éditions Tikinagan, 2009.

On aura pu le constater, la vision tutélaire d'un « patient » dépendant des réponses et des temps médicaux, est fortement contrebalancée par l'élaboration de nouveaux parcours de santé mis en places par des acteurs plus autonomes. Claude Le Pen propose le profil du « consommateur de soins » pour illustrer le passage d'un patient passif à un acteur du soin ; et nous pourrions dire, pour les Trans, de patients souffrants à des consommateurs sachants :

*« De manière générale, la maladie est, selon la belle expression de Canguilhem, « une certaine allure de la vie » ; c'est une « norme de vie » et non pas, comme l'imaginent souvent les biens portants, une atténuation quantitative de la vie, un résidu de vie. C'est donc dans le cadre de cette nouvelle « normativité » qu'il faut interpréter les préférences des patients et non dans celui, dépassé et inapproprié, de la normativité du bien-portant. [...] La promotion du patient au rang d'agent économique suppose que l'information nécessaire à la formation des choix soit rendue plus accessible. Et, de fait, on assiste à une nette « démocratisation » de l'information sur la qualité des soins [...] en France, les forums de discussion des sites médicaux connaissent une intense activité d'échanges informels de toute nature sur les professionnels : tarifs, compétence technique, école de pensée, accueil. Tout est évalué. Les professionnels n'échapperont pas à cette revendication de transparence et à la démocratisation d'une information longtemps réservée aux initiés, même si certains y voient l'indice d'une dérive consumériste. L'accès à une information longtemps confidentielle est et sera une des conséquences les plus tangibles de l'affirmation du nouveau pouvoir du patient. »<sup>703</sup>*

Le statut de consommateur de soins met en avant deux idées. La première, que les individus développent un savoir de santé pour et par eux-mêmes et qu'ils deviennent les acteurs de leur prise en charge. Deuxièmement, qu'ils comparent, évaluent et mettent en place un « marché » des savoirs médicaux. Nous avons commencé à donner quelques pistes sur la manière dont les personnes Trans sont passées de l'expérience à l'expertise, ou se sont autorisées à une expressivité Trans liée à leurs expériences en dehors du cadre du pathologique, du médical ou du binaire (« avant » / « après »).

---

<sup>703</sup> LE PEN Claude, « "Patient" ou "Personne malade" ? », *Revue économique*, n° 60, Presses de Sciences Po, 2009.



Il y a donc un savoir Trans, par et pour les Trans, un savoir situé dans l'expérience, un « savoir intime » pour reprendre l'expression de Hugh Raffles<sup>704</sup> qui fournit des éléments de connaissances privées et publiques, comme on peut le voir avec l'association ACT-UP. Ces nouveaux acteurs associatifs, ces nouveaux « experts associatifs »<sup>705</sup> sont aussi relayés par des experts plus isolés, des experts issus des minorités incriminées, des « experts par appartenance » pour reprendre l'expression de Becker, qui viennent aussi expertiser leurs expériences.

Aux États-Unis, la liste est longue de Trans qui prennent la parole ou la plume pour dire, en provenance d'une expérience Trans, leur vision de la transidentité, non seulement individuellement, émotionnellement, mais aussi collectivement, théoriquement et politiquement : Sandy Stone<sup>706</sup>, Kate Bornstein ou Susan Stryker pour ne citer qu'elles. En France, les activistes ont eux aussi tenté d'investir, avec de nombreuses difficultés, l'espace universitaire. C'est en ce sens que Karine Espineira rappelle les « résistances académiques »<sup>707</sup> face aux *Trans studies*, toujours suspectées de n'être pas assez scientifiques surtout si l'intervenante est elle-même Trans. La théorie Trans par les Trans, lorsqu'elle n'est pas tout simplement marginalisée, ferait donc peur.

Dans son intervention intitulée « La modélisation trans, prêt-à-théoriser ou prêt-à-terroriser ? »<sup>708</sup>, qui reprend l'expression de « *gender terrorism* » de Kate Bornstein<sup>709</sup>, Maud Yeuse Thomas écrit :

« Récemment, en répondant au déluge de claques que les trans ont adressé à P-H. Castel pour son livre-forteresse<sup>710</sup>, il répond que tout cela n'est qu'une « machine de guerre antipsychanalytique » écrit par des « demi-savants ». C'est la réponse que toutes les instances dominantes ont faite à toutes les résistances minoritaires »

---

<sup>704</sup> RAFFLES Hugh, « Les savoirs intimes », *Revue internationale des sciences sociales*, 3, 173, 2002

<sup>705</sup> LOCHARD Yves, SIMONET Maud, « Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels », *Sociologie des groupes professionnels* (dir. D. Demazière), La découverte. 2009.

<sup>706</sup> STONE Sandy, *The Empire Strikes Back. A Posttranssexual Manifesto, Body Guards*; Routledge 1991.

<sup>707</sup> ESPINEIRA Karine, « Les trans studies face aux résistances académiques », Observatoire Des Transidentités, Mai 2011

Disponible sur : <http://observatoire-des-transidentites.overblog.com>

<sup>708</sup> Intervention faite au colloque des UEEH, *Des corps, des identités, et après... ?*, Marseille (2010), Disponible sur : <http://natamauve.free.fr/ueeh2010.html>

<sup>709</sup> BORNSTEIN Kate, *Gender Outlaw*, Vintage, p.71, 1994

<sup>710</sup> CASTEL Pierre Henri, *La métamorphose impensable*, Gallimard, 2003

Pourtant, c'est des espaces minoritaires, contre-hégémoniques, que partent les premières critiques. Dans cette même intervention, Maud Yeuse Thomas écrit :

*« La définition trans, notre définition, surgit non de la société historique et universelle des hommes et des femmes où trans n'existe pas, mais de cet espace minoritaire, ce zoo des déviants et cette « queer zone », observant les observateurs venus se rassurer/normaliser au contact de l'étonnant, de l'étrange. »*

En mars 2011, Tom Reucher répondait aux questions de l'Observatoire Des Transidentité<sup>711</sup> sur la notion « d'expert » qu'il met en avant dans son article « Quand les trans' deviennent experts »<sup>712</sup>. Selon lui il faut entendre à la fois l'expertise expérientielle, mais aussi la professionnalisation des populations minorisées. Lui-même psychologue clinicien il apporte un point de vue Trans et expert sur la question Trans.<sup>713</sup>

*Question : Qu'entends-tu par expertise Trans ?*

- C'est le fait, pour une personne trans', d'avoir une bonne connaissance de son expérience, d'être capable d'en parler et c'est au minimum d'avoir un peu avancé dans le parcours (avoir pris suffisamment d'information est une façon de commencer à avancer dans le parcours). Quelqu'un qui débarque comme ça, qui ne s'est pas renseigné, n'en est pas encore là. Cela ne veut pas dire qu'il n'aura pas plus tard lui aussi cette possibilité. Un expert, c'est aussi et surtout quelqu'un qui s'est donné les moyens d'acquérir des connaissances et qui, du fait de son parcours, acquiert une expérience de vécu, ce qui lui donne la capacité d'une double expertise : le vécu et la connaissance. Le vécu de l'expérience est certes important et même nécessaire, mais le niveau d'expertise est différent si on a acquis en plus d'autres connaissances en rapport avec la question.

<sup>711</sup> REUCHER Tom « Interview : la question trans, la question de l'expertise », Observatoire Des Transidentités, Mars 2011.

Interview disponible sur : <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com>

<sup>712</sup> REUCHER Tom., *Quand les Trans deviennent experts*, Multitude, 2005

<sup>713</sup> REUCHER Tom, « la transidentité entre 10 et 20ans », *la transidentité : des changements individuels aux débats de société* (Alessandrin Arnaud dir.), L'Harmattan, 2011.

*Question : Peut-on dire que c'est une connaissance objective ou que cela au-delà du simple fait de l'avoir vécu ?*

- Cela va au-delà du vécu si la personne s'est donné les moyens de comprendre, d'apprendre des choses, de lire, d'avoir des informations sur les traitements, sur la politique, la sociologie, etc., ce qui donne une capacité d'analyse importante et indispensable si on veut atteindre un haut niveau. Quand ça va jusque-là, c'est vraiment une expertise, au sens de l'expertise comme on pourrait en avoir chez d'autres professionnels.

*Question : Le mot d'expertise ne renvoie pas simplement au fait de savoir un certain nombre de choses, mais d'être capable de faire une synthèse globale sur un sujet tout en ayant une certaine distance par rapport à son sujet. Il est marqué de cette distance. Là, c'est une expertise de l'intérieur.*

- C'est les deux à la fois, l'expertise comme tu le décris et l'avoir vécu de l'intérieur, qui apporte un plus, un éclairage que l'on n'aurait pas autrement. C'est d'ailleurs ce qui manque à certains professionnels qui s'occupent du sujet et finalement n'écoutent pas tellement ce que disent les gens. Pas suffisamment en tout cas pour comprendre cette question subjective du vécu.

*Question : On peut faire le lien avec les associations de personnes intersexes. On a le sentiment très net alors qu'ils se sont regroupés en associations, non seulement en usagers, au sens classique du terme, mais également en groupe de parole, de réflexion, d'études sur ce qui leur est arrivé. Est-ce qu'ils n'ont pas le même souci avec un pouvoir qui dit, à leur place, ce qui est bon pour eux ?*

- Je pense qu'ils ont le même souci, on ne les écoute pas tellement non plus ou pas partout. Il commence à y avoir des moratoires dans certains pays suite à leurs démarches, mais ce n'est pas le cas en France. Et surtout, à cause de l'emprise médicale que les intersexes (et les autistes) subissent dès leur enfance, leurs difficultés sont plus importantes que celles des trans'. Il n'y a qu'à voir ce qui se passe, c'est très marginal. On a un retard sur beaucoup de choses, on n'a pas de mouvement autiste en France, il y en a un aux USA. En Europe il commence à en avoir un et c'est pareil pour les intersexes, il n'y a pas de mouvement intersexe digne de ce nom en France.

Il y a 2 ou 3 associations, mais avec des gens très isolés. Les revendications des autistes et des intersexes se rejoignent en ce sens que les premiers parlent d'une variation du développement neurologique et les seconds d'une variation du développement sexuel.

*Question : C'est donc une sorte d'équivalence entre un rapport et un discours "savant" opposés à un discours "profane" que tu proposes. Les profanes sont devenus savants et les savants sont profanes devant nous.*

- Dans ce domaine, les professionnels sont profanes, ils ne savent pas ce que l'on vit. Et ils ne le sauront jamais puisqu'ils ne sont pas trans'.

*Question : Ne peuvent-ils pas comprendre ? Tout le monde fait des projections par expérience. Au bout de quelques années, ils voient qu'on vit des stigmatisations, des discriminations.*

- On peut le comprendre intellectuellement, mais c'est une chose que de le vivre au quotidien. Se faire insulter dans la rue, se faire refuser un recommandé à la poste, c'est une chose de le vivre quotidiennement, c'est une autre chose que de le comprendre intellectuellement. Maintenant, ça ne veut pas dire qu'un bon clinicien n'est pas capable de comprendre certaines choses, qu'il ne peut pas être un bon accompagnateur, mais dans ce cas, il n'aura pas une idée préconçue de ce qui est mieux pour la personne. Il entendra ce que dit la personne et sera capable de s'ajuster à ses besoins spécifiques. Pour une autre personne qui fait aussi un parcours trans', ces besoins spécifiques ne seront pas les mêmes.

*Question : Au début des années 80, lorsque J. Breton monte la première équipe, je me souviens des propos du chirurgien, P. Banzet qui avançait l'argument de la compassion. La compassion envers les transsexuels, envers la souffrance, l'isolement et tout cela, ça venait comme une sorte de bruit de fond pour justifier l'interventionnisme médico-chirurgical. Dix ans plus tard, ce discours avait disparu pour une pathologisation généralisée. Même avec les difficultés de compréhension, Banzet semblait « comprendre » de l'intérieur ?*

- Je n'ai jamais trouvé qu'il était dans cette position (comprendre de l'intérieur), mais il était bien dans la compassion, dans son rôle de médecin, de chirurgien. C'est grâce à une personne qui s'était émasculée deux fois. La première il a essayé de réparer les dégâts en remettant les choses en place et la seconde, il a décidé d'opérer cette personne en comprenant qu'il y aurait une troisième fois s'il n'accédait pas à sa demande, qu'il était plus sage d'aller dans ce sens là plutôt que de s'y opposer. Je pense qu'il a compris que cela ne servait à rien d'aller contre et qu'il y avait quelque chose à faire dans ce sens et voir ce que cela allait donner. C'était une preuve d'intelligence, mais le Pr P. Banzet est en retraite et ceux qui l'ont remplacé n'ont pas forcément la même ouverture d'esprit.

*Question : En conférence, lorsque tu parles au même titre que des intervenants universitaires, médecins, etc, quel poids ton discours a-t-il après que tu l'aies établi comme "expert" ?*

- Je ne sais pas s'il est plus ou moins bien perçu. Soit j'interviens seul et là, il n'y a pas de souci et quand c'est avec d'autres, ça dépend de ce que l'on dit, de quoi il est question. Je n'ai pas remarqué que mes propos n'étaient pas pris au sérieux. Ce sont plutôt certains intervenants qui pourraient ne pas être intéressés par ce que j'ai à dire. Soit parce que ce sont des gens très connus et finalement, ils se permettent d'arriver juste pour leur intervention et repartent juste après, ou encore, comme Mireille Bonierbale, en tentant de remettre en cause ce que je disais comme si cela n'avait pas de valeur, m'obligeant à élever la voix. J'ai un diplôme, je travaille sur les mêmes choses qu'elle, je n'arrive pas aux mêmes conclusions, mais ai-je pour autant puisqu'elle ne démontre pas davantage que moi la justesse de son analyse. Je n'avais jamais connu auparavant ce genre de situation.

*Question : Que réponds-tu face aux accusations selon lesquelles on ne peut pas être juge et partie, être trans' et soignant ?*

- Je ne suis pas plus juge et partie qu'un non trans', dès lors que je n'ai pas d'intention par rapport aux gens qui viennent me voir. Je n'ai pas d'intention sur leur vie, c'est leur vie, pas la mienne.

Je ne suis pas plus juge et partie que quelqu'un qui est négatif avec l'idée que les trans' c'est tout dans la tête, qu'il ne faut pas les prendre en charge ou qui a une intention particulière : empêcher ou ralentir la transition. Pour moi, ça c'est quelqu'un qui est juge et partie. Et c'est même plus grave. Ce genre d'attitude a fait perdre beaucoup d'années à beaucoup de gens qui étaient concernés. L'intervention psy n'est pas neutre quand elle est négative ou quand elle est orientée dès le départ. Le but, ce n'est pas d'influencer dans un sens ou un autre, c'est de laisser les personnes prendre leurs décisions une fois qu'elles ont les informations pour pouvoir s'orienter et avancer à leur rythme.

Ces experts, associatifs ou non, deviennent des experts professionnalisés, mais restent aussi des experts militants. Ils perturbent alors la frontière entre savoirs « profanes » et savoirs « experts ». C'est-à-dire que les contre-expertises et ces contre-représentations prennent appui, pour être légitimes, sur des savoirs et sur des répertoires de mobilisations classiques (manifestations, communiqués de presse...) et pourtant spécifiques, puisqu'ancrés dans une expérience propre. D'un côté ils reprennent des techniques militantes classiques (établir des dossiers, les soutenir de preuves scientifiques, juridiques etc...) et de l'autre ils mettent en avant la spécificité de l'expérience. Paradoxalement, s'ils peuvent être critiqués par leur manque d'objectivité, ils renvoient immédiatement à leurs juges l'accusation d'être lointain au sujet, très peu touché ou concerné par lui. Comme l'écrit Tom Reucher : « *les professionnels sont profanes* ».

Cette forme de savoir situé remet en jeu la répartition hiérarchisée des positions dans le champ du soin. « *They carry the results with them* » note Becker<sup>714</sup>. Les activistes Trans ont donc quelque chose à dire sur leur cas, sur leur cause, du fait d'une spécificité unique : l'endroit d'où s'exprime leur parole. Cet endroit, comme le rappelle Maud Yeuse Thomas, n'est pas celui de la société Cisgenre. Il provient d'ailleurs en même temps qu'il parle d'ici. Et la condition d'un soin non maltraitant, d'une éthique du soin qui prenne en compte la subjectivité des individus, réside justement dans cette prise de parole et, corrélativement, dans l'écoute qu'elle exige de la part des non-Trans.

---

<sup>714</sup> BECKER Howard S., « The lay referral system », *Knowledge, Work & Society*, vol. 4, n° 2, p. 63-76., 2006.

Cette expertise « expérientielle »<sup>715</sup> rassemble dans un même mouvement la « science des usages » et « les usages de la science » pour reprendre les catégories d'Éric Fassin<sup>716</sup>. Sur ce point, Yves Lochard et Maud Simonet<sup>717</sup> notent que « plus « pro-savoir » qu'« anti-science », pour reprendre la formule de Cozzens et Woodhouse<sup>718</sup>, ces associations qui entrent sur le front du savoir confirment la force de la science en tant que fondement principal de tout discours qui prétend être reçu comme vrai. » De cet appel à la science comme outil de légitimation du discours naît un instant de déstabilisation entre les experts établis et les contre-experts militants et associatifs. Ces nouveaux profils du militantisme que l'on retrouve fortement dans l'exemple Trans déplacent la question du « malade » à la question du « patient » et la question du « patient » à la question du « consommateur de soins » éclairé. En lisant par exemple le site internet de « STS »<sup>719</sup> (Support Transgenre Strasbourg) on est saisi de la précision des informations, notamment médicales. Les acteurs disposant de ces informations sur « Où trouver des hormones ? », « Pendant combien de temps dois-je prendre des hormones », se retrouvent dans le champ du soin avec une somme de connaissances parfois supérieure à celle des médecins susceptibles de les suivre.

### **3.1.2 Comparaisons internationales : des « réseaux » aux « marchés » de santé**

Au-delà des expertises par et pour les Trans, si les personnes en transition sont aussi expertes que les experts c'est qu'elles activent des logiques de comparaisons entre les protocoles, non seulement nationaux comme nous avons pu le voir, mais aussi internationaux, démultipliant ainsi leurs connaissances et, par là même, les espaces d'échauffements entre les pratiques locales et les propositions médico-chirurgicales (et juridiques) internationales.

---

<sup>715</sup> WRESINSKI Joseph, « Le rôle des associations non gouvernementales », *Droit social*, n° 11, p. 176-182, 1974

<sup>716</sup> SIMEANT Johanna, « Friches, hybrides et contrebandes, sur la circulation et la puissance militantes des discours savants », in Hamman, Philippe, Méon, Jean-Matthieu, Verrier, Benoît (dir.), *Discours savants, discours militants*, L'Harmattan, Collection « Logiques politiques », p.17-53, 2002.

<sup>717</sup> LOCHARD Yves, SIMONET Maud, « Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels », *Sociologie des groupes professionnels* (dir. D. Demazière), La découverte. 2009.

<sup>718</sup> COZZENS Susan, and, WOODHOUSE E. J.. "Science, Government and the Politics of Knowledge." In *Handbook of Science and Technology Studies*, ed. Sheila Jasanoff et al., 533-71. Sage Publications. 1995.

<sup>719</sup> <http://www.sts67.org/>

Virginie a 41ans. Elle vit près de Bordeaux. Elle a longtemps suivi un protocole :

*« Ça fait un an que je suis cette équipe. Pour tout te dire, je pensais que ça irait plus vite. Ils hésitent encore à me prescrire des hormones alors que j'en prends déjà. C'est pour dire. Je me suis renseignée sur Internet et j'ai voulu voir ce que ça donnait. Les protocoles en France, ils ont pas bonne réputation. Mais qui ne tente rien... »*

Toujours par le biais de forums et de sites, Virginie obtient des informations concernant les possibilités d'opérations à l'étranger. Elle sait que dans l'immense majorité des cas, ces opérations hors du territoire sont autofinancées. Mais elle est déterminée à aller jusqu'au bout de son désir de changer de sexe. *« C'est pas un désir »* me dit-elle *« C'est une obligation ! J'ai tourné le problème dans tous les sens et c'est ça qui me convient. J'ai des amies qui prennent des hormones et qui me disent que je peux faire simplement avec une hormonothérapie. Mais j'ai réfléchi. Ce n'est pas une décision hâtive. Je sais qui je suis. Et ce corps-là, il ne me reflète pas »*

Dans sa prospection, Virginie a pris contact avec des personnes dont l'opération s'est déroulée à Montréal. Dans le milieu Trans, les forums et les associations font et défont les « réputations » de chirurgiens ou de tribunaux. L'archipel des pratiques nécessite bien souvent de l'aide pour s'y retrouver. *« J'ai lu ce qui était marqué sur un forum et j'ai discuté avec une des membres de ce forum. Ce que j'ai appris sur Montréal, les photos que j'ai pu voir des opérations, je t'assure, c'est une délivrance. Ici, j'attends pour une opération qui ne viendra peut-être jamais. Là-bas, y'a même une clinique de repos et les témoignages sont hyper rassurants. »* Le voyage n'est pas sans contrainte :

*« De ce que je sais, il me faut deux avis psychiatriques attestant d'une dysphorie de genre et d'un suivi psychiatrique d'au moins six mois. L'opération coûte 18.000€. Un peu plus peut-être. C'est cher, tout le monde ne peut pas se le payer. Mais je vais trouver la somme. Il faut faire deux avances au fur et à mesure que l'opération approche. Environ 2.000€ chacune je crois. Ça parait fou comme ça, mais quand tu sais où tu dois aller et que personne ne t'aide vraiment, et bien tu te prends par la main et tu te dis « allez ma grande, t'es pas la seule à l'avoir fait, tu vas y arriver ». Et je vais y arriver. »*



C'est avec un certain dédain que les professionnels locaux nomment ceci du « tourisme de santé ». Pourtant ces comparaisons ont des conséquences directes sur les choix des individus détenteurs d'un panel d'informations variées. Certes, l'obtention d'une intervention à l'étranger est fortement corrélée aux capacités économiques de la personne désireuse du changement. Mais la possession d'information en elle-même -informations que l'on trouve sur les sites ou sur les forums<sup>720</sup>- tient lieu d'*empowerment* face un système protocolaire excluant. Car il n'est pas besoin de voyager pour bénéficier des ficelles de la comparaison internationale. Avec Internet, comme le montre Gérald Gaglio<sup>721</sup>, l'utilisateur peut « challenger » le médecin dans une rencontre « soignant » « soigné » rendue moins asymétrique de par l'information que possède le soigné.

Cette mise en concurrence des avantages comparés de soins est connue sous le terme de « tourisme médical ». Dans son article « Le tourisme médical, une nouvelle façon de se soigner »<sup>722</sup>, Catherine Le Borgne écrit : « *un nouveau phénomène émerge avec la mondialisation : le développement d'une offre internationale de soins* ». Elle y note les « effets prix » et les « annonces publicitaires » autour de ces nouvelles pratiques du soin.

La transidentité n'échappe pas à cela. Les prix des opérations sont connus et affichés. Par exemple, dans son « Petit Mutatis Illustré », manuel de parcours Trans, l'association Mutatis Mutandis propose des témoignages et des indications sur les professeurs Thaïlandais Chettawut à Bangkok et Suporn à Chonburi. Sur leur site internet, les deux professeurs donnent toutes les indications pour se faire opérer dans leurs cliniques<sup>723</sup>, fournissant même des détails sur les techniques employées et permettant d'accéder à des témoignages (en leur faveur). Les parcours Trans sont donc comparatifs et ces informations recoupées ont des conséquences sur les stratégies et les choix des individus, notamment face aux protocoles français.

---

<sup>720</sup> De ce point de vue les forums et les blogs Trans fourmillent d'informations. Quelques postes sur des forums ont des titres explicites à ce sujet : « Opération en Thaïlande », « Le protocole de Foch », « Témoignage de Montréal », « Conseils après les opérations », « Rendez vous avec N.M.J » (*un chirurgien français*) etc...

<sup>721</sup> GAGLIO Gérald, « consommation d'informations sur internet et modulation de la relation aux médecins. Le cas d'aidantes de malades atteints d'une pathologie lourde », *Sociologies pratiques*, Presses de Sciences Po, 20, pp. 63-74, 2010.

<sup>722</sup> LE BORGNE Catherine, « le tourisme médical, une nouvelle façon de se soigner », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po., 15, pp.47-53, 2007.

<sup>723</sup> <http://www.chet-plasticsurgery.com/>  
<http://supornclinic.com/Welcome.html>

C'est ce que souligne aussi la conclusion de l'enquête d'Alain Giami sur les populations Trans: « *Ces résultats, qui font apparaître l'inadéquation relative de l'offre de soins, témoignent également de l'urgence d'une réflexion sur le protocole public « officiel » de prise en charge des trans en France, notamment en le mettant en regard avec l'offre de soins proposée dans d'autres pays.* »

Les circuits des multiples parcours transidentitaires sont restitués sur des forums ou des blogs. Ceci permet les comparaisons. Ces réseaux détenteurs d'informations, forums ou associations, deviennent peu à peu des marchés, des marchés de production de corps Trans, des marchés mondialisés qui prennent de l'ampleur sous l'effet de l'expertisation Trans, condition nécessaire à leur activation<sup>724</sup>. L'action de militants (comme Tom Reucher) ou des associations (comme OUTrans), permet de voir apparaître la mise en commun des connaissances sous forme de réseaux. Il est d'autant plus pertinent de parler de « réseaux », qu'Internet a bien évidemment facilité la diffusion des informations. On sait précisément ce que coûte une expertise à Bordeaux, une opération en Thaïlande ou combien de temps on met pour obtenir une rectification de l'état civil à Lyon. Le principe du réseau est qu'il met en lien une somme d'informations sur un même sujet et qu'il alimente les acteurs qui s'y connectent. Aujourd'hui les connaissances au sein de ce réseau s'étendent au-delà des connaissances propres aux protocoles hospitaliers et incorporent des indications sur les parcours internationaux qui fournissent une offre de soins bien plus large que celle proposée sur le territoire français.

Dès lors apparaît un élément nouveau : la comparaison, la capacité de mettre en concurrence, pour une même demande de soin, différentes offres hospitalières, publiques, privées, nationales ou internationales. Et c'est ce qui me fera pencher pour une interprétation en termes de « marché » et non plus simplement de « réseaux », comme lieu d'échanges soumis à une logique de concurrence. Du fait d'une offre locale restreinte, il aura donc fallu attendre que les connaissances Trans mises en réseaux s'internationalisent pour qu'une comparaison des systèmes de prises en charge entre les pays soit rendue possible. Aux réseaux locaux et nationaux viennent donc s'ajouter ou se substituer des logiques de marchés en terme d'offre de soins et de demande de soins.

---

<sup>724</sup> ALESSANDRIN Arnaud, « Marchés et carrières Trans », *La transidentité : des changements individuels au débat de société* (dir.), L'harmattan, 2011.

Dans une vision managériale du choix de santé, nous pourrions dire que les individus sélectionnent les risques en fonction des compensations des risques qu'ils perçoivent. Toutefois, il faudra souligner que substituer l'image d'un marché du soin concurrentiel aux informations en réseaux connaît des limites, puisque du point de vue de l'équité comme de l'efficacité la voie concurrentielle doit être solidement encadrée par des régulations adéquates<sup>725</sup>. C'est aussi ce que note Claude Le Pen<sup>726</sup> : on passe successivement de l'image d'un malade profane à des patients connaisseurs, experts, d'un malade dépendant à des individus défenseurs de leur autonomie, d'un malade juridiquement ignoré à des individus défendus par de nouveaux droits, d'un modèle de patient à un modèle de consommateur. Aussi, le modèle du consommateur de soins touche à ses limites face à un système de santé français redistributif :

*« L'économie de la santé voit donc s'affirmer la figure d'un consommateur rationnel, informé et actif, qui revendique l'exercice de l'autonomie et de la responsabilité que lui reconnaît désormais la loi et qui cherche à s'insérer dans un jeu institutionnel où il n'avait jusqu'à présent guère de place. Et il n'y a plus que l'impératif d'équité, limitant sa responsabilisation financière, qui empêche sa transformation en consommateur souverain de plein exercice ».*

Quoique sur ce point, puisqu'une partie des personnes Trans passe outre les obligations protocolaires de changement de sexe, notamment en voyageant à l'étranger, il se présente à nous des consommateurs de soins et de modifications corporelles attentifs aux marchés, aux propositions, aux innovations, aux réputations.

L'histoire de la transsexualité est l'histoire d'une coproduction médecins/Trans dépendante de ces réputations. Pour autant, dans le contexte récent, il ne pouvait y avoir de marché du fait de l'absence de concurrence. Ce qui produit un marché Trans c'est la mise en concurrence, pour le dire autrement, la comparaison, des moyens localement disponibles avec d'autres. Dans *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*<sup>727</sup>, Alain Ehrenberg souligne deux tendances de la psychiatrie moderne : la prise en charge psychiatrique de problèmes sociaux d'une part et l'essor des neurosciences d'autre part.

---

<sup>725</sup> GEOFFARD Pierre-Yves, « Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance », *Regards croisés sur l'économie*, n°5, La découverte, 2009.

<sup>726</sup> LE PEN Claude, « "Patient" ou "Personne malade" ? », *Revue économique*, n° 60, Presses de Sciences Po, 2009.

<sup>727</sup> EHRENBURG Alain, *La Maladie mentale en mutation Psychiatrie et société*, Odile Jacob, 2001.

C'est dans le premier modèle que se développe la question Trans<sup>728</sup>. Mais la pratique psychiatrique est divisée, et de ces divisions émergent différentes réputations (ou un « marché des réputations ») donnant lieu à différentes stratégies entre local, national et international, pour obtenir la prise en charge ou l'accompagnement désiré. Différents facteurs interviennent alors : l'éloignement (donc les capacités économiques), les critères de réputation (en termes de savoir-faire ou d'éthique) des équipes et des tribunaux ainsi que les objectifs de modification, selon que ces derniers incluent ou non des modifications chirurgicales, des changements de papiers...

Les comparaisons et les retours d'expériences font et défont les réputations de chirurgiens et de l'ensemble des praticiens. Il y a donc des évaluations *a posteriori* des expériences qui sont faites individuellement et collectivement sur des blogs ou des forums. « *D'un point de vue sociologique, la réputation est un fait social objectif, une définition collective dominante basée sur ce que le public approprié sait d'une personne* » écrit Becker<sup>729</sup>. La réputation est alors composée d'épreuves pour celui qui évalue et de reconnaissance pour celui qui passe avec succès ces épreuves tacites. La réputation ainsi établie par les premiers concernés a aussi pour vertu d'anticiper des risques potentiels et donc de baliser les futurs parcours. La population Trans étant une population diverse, aux revendications parfois radicalement opposées, les réputations varient en fonction des acteurs qui les établissent et des variables qui prévalent dans l'élaboration de la « réputation ». Une opération doit-elle être fonctionnelle plus qu'esthétique ? La comparaison doit-elle porter sur ce qui se fait en France ou plus généralement sur ce qui se fait dans le monde ? A l'image du monde de l'art étudié par Becker, l'évaluation de la chirurgie par les Trans se base sur des critères précis : qualité du suivi (du psychiatre ou de l'endocrinologue), qualité de l'opération (esthétique, fonctions et sensations post-opératoires)... Évidemment les réputations reposent sur les qualités telles que les perçoivent les acteurs individuellement, mais aussi collectivement une fois les données collectées sur les forums ou dans les associations. Ces données guident alors l'action dans un marché du changement de sexe mondialisé qui, à sa manière, vient lui aussi contrarier les tentatives hégémoniques des protocoles français sur le « transsexualisme ».

---

<sup>728</sup> Nous noterons au passage la contradiction interne à ses deux positions : soit la transsexualité, ou plutôt ses symptômes, existent et la psychiatrie ne fait que la nommer pour mieux la diagnostiquer. Se faisant la psychiatrie légitime sa place. Soit la transsexualité existe et la psychiatrie tente alors de la révéler. Se faisant la neuropsychiatrie permet de rediscuter la place du psychiatre dans les parcours Trans.

<sup>729</sup> BECKER Howard S, *Les Mondes de l'art*, Flammarion, chapitre 11, « la réputation », 1988

Mais il semblerait qu'une réputation soit encore d'actualité : celle liée à la mauvaise qualité des opérations en France. Selon une enquête récente :

« Près de la moitié (48,9%) des individus opérés dans un hôpital public français ont déclaré avoir connu de telles complications, contre seulement 17,6% et 23,7% respectivement de ceux ayant réalisé l'opération en clinique privée en France ou à l'étranger. »<sup>730</sup>

Dès lors le « marché » du changement de sexe s'organisera autour de ces représentations, de ces « réputations » pour former un « marché des réputations »<sup>731</sup> qui instaure des renommées pour des tribunaux comme des chirurgiens.

### **3.1.3 Minorité, minorité active et minorité culturelle**

Les questions Trans ne limitent pas leurs zones d'influence aux seules personnes Trans. Les indications portées par la problématique Trans débordent de l'espace médical des réassignations. La libre disposition de son corps, les nouveaux parcours comparés, les jurisprudences qu'ils imposent sont autant d'éléments qui donnent à la communauté Trans un poids inaudible s'il reste appréhendé du côté de la pathologie, du trouble ou de l'unique prisme médical. Pour le dire autrement, le fait accompli<sup>732</sup> Trans a des conséquences sur la vie sociale dans son ensemble, c'est-à-dire aussi, pour reprendre les termes d'Éric Macé, que l'activation et l'instauration de « mouvements dans la culture » font de la question Trans un « mouvement culturel »<sup>733</sup> et non pas seulement un mouvement social (même fragile) tel que nous pouvions l'envisager grâce à l'approche des associations Trans ou LGBT. La question Trans n'est pas le seul support qui permet d'illustrer le passage d'une minorité discriminée, ostracisée ou pathologisée à une minorité culturelle.

---

<sup>730</sup> GIAMI Alain, BEAUBATIE Emmanuelle, *op. cit*

<sup>731</sup> CHAUVIN Pierre-Marie, *Le marché des réputations. Une sociologie du monde des vins de Bordeaux* Editions Féret, 2010.

<sup>732</sup> BAUER Martin, « Le fait accompli et son influence sociale » *Diogène*, n° 217, 2007.

<sup>733</sup> MACE Eric, « Paradigme du pouvoir vs paradigme de la domination », *Les usages de Michel Foucault*, Brugère Fabienne, Le Blanc Guillaume (dir.), PUF, Paris, 2012.

La question homosexuelle<sup>734</sup> ou la question des minorités ethnoraciales<sup>735</sup> permettent aussi de dire ce mouvement. Les spécificités de la minorité qui interroge sont telles qu'elle ne peut être contenue dans le cadre du privé : elle s'empare des instances de droit, des instances de savoir pour proposer un nouvel ordre des choses. Pour ce faire, la minorité culturelle a de nombreux intermédiaires : les militants et les associations bien évidemment, mais aussi des intermédiaires moins évidents, moins immédiats, qu'il s'agit de convaincre ou même de créer (des médias, des théories, des représentations). Les Trans créent alors leurs propres supports de visibilité : des magazines comme « Candy » ou des reportages comme « L'ordre des mots »<sup>736</sup>, des associations, mais aussi et surtout des propositions politiques et sociales, émises du point de vue de la minorité culturelle Trans qui, par cercles concentriques, touchent l'ensemble de la population : le mariage, les papiers d'identité, la parentalité...

Dans ce cas, la question Trans ne relève plus simplement de l'analyse d'une minorité d'*outsiders*, mais d'une minorité active au sens d'une minorité culturelle, c'est-à-dire dont les caractéristiques culturelles rentrent en contact avec les identités « non-Trans », Cis-genres. Aussi l'accent est mis sur la construction identitaire du sujet, en lien avec le sentiment d'appartenir à une communauté propre et en même temps articulée au monde des « non-Trans » dans une plus ou moins grande opposition avec ce dernier. On retrouve ces particularités liées à la minorité culturelle dans d'autres cas. Encore faut-il que la culture ou la communauté minoritaire propose des significations et des alternatives aux solutions hégémoniques. Dans son article sur la surdité, Marie-Laure Bérals propose l'analyse de la surdité au travers du prisme conceptuel de la minorité culturelle. Elle écrit :

*« Cette communauté sourde est ainsi légitimée par sa langue, par une histoire et des revendications portées à des niveaux politique et législatif. Dans cette perspective, l'implant est perçu comme une atteinte à l'intégrité physique et psychique de l'enfant. La langue des signes s'inscrit comme la langue naturelle des sourds, l'oral ne pouvant qu'être appris secondairement ».*<sup>737</sup>

---

<sup>734</sup> FASSIN Eric, *l'inversion de la question homosexuelle*, op. cit.

<sup>735</sup> SIMPSON George, *Racial and cultural minorities: an analysis of prejudice and discrimination*, Fifth edition, 1985.

<sup>736</sup> ARRA Cynthia et Melissa : « l'ordre des mots », 2007.

<sup>737</sup> BERALS Marie-Laure *et al.*, « Introduction », *Empan*, 3 n° 83, p.11-13, 2011.

Les minorités culturelles de santé, disqualifiées notamment par des classifications psychiatriques pathologisantes, tendent donc de remettre en cause la centralité et la légitimité de ces nomenclatures. Dans ses recherches sur les associations d'autistes, Brigitte Chamak note les évolutions de leurs revendications, en déprise de l'idée de « maladie » et vers la constitution d'une identité culturelle différente<sup>738</sup>. Concernant la « *mobilisation des associations de parents en France et actions des pouvoirs publics* » elle écrit :

« *Les associations de parents d'enfants autistes ont contribué à accélérer les transformations de la catégorie « autisme » et à favoriser la généralisation des méthodes cognitivo-comportementales mais ces transformations ont souvent été freinées par l'hostilité des psychiatres qui y voyaient une remise en cause de leurs conceptions et de leurs pratiques.* »<sup>739</sup>

Comme toute minorité active, aux actions plutôt catégorielles, les personnes autistes et leurs parents se confrontent aux savoirs établis et tentent de les concurrencer, de les déstabiliser à la faveur de leurs observations, de leurs expériences et de leurs propositions alternatives de soins. La rupture initiée par ces associations est triple. Elle est aussi étonnamment proche, dans ses formulations, des revendications Trans. Premièrement, il fallut rompre avec la psychanalyse. Les traitements comportementaux l'ayant remplacée, il est actuellement nécessaire pour les associations d'autistes d'être reconnues comme expertes. Quelques associations remettent aussi en cause les professionnels. Enfin, la troisième rupture n'est ni clinique, ni diagnostic : elle repose sur l'idée que très longtemps les parents d'autistes et les médecins ont pris la parole pour les autistes et qu'il est maintenant temps pour les « patients » de parler en leur nom<sup>740</sup>. L'identité de santé est créatrice d'une identité culturelle. Le langage des sourds assurant par exemple une cohésion culturelle minoritaire. On pourrait penser de la même manière aux représentations Trans autour des corps ayant subi une torsoplastie et que certains Trans mettent en avant lors de marches des « fiertés ». Il vient s'opposer au statut protecteur de la minorité et des représentations positivantes qu'elle assure, une normalisation, par la médecine notamment, des corps aux formes ou aux fonctions non attendues.

---

<sup>738</sup> CHAMAK Brigitte, Autisme et militantisme : de la maladie à la différence, *Quaderni*, n°68, pp-61-70, 2009.  
CHAMAK Brigitte, Les associations de parents d'enfants autistes : De nouvelles orientations, *Médecine/Sciences*, n°24, pp-768-770, 2008.

<sup>739</sup> CHAMAK Brigitte, *L'autisme : nouvelles classifications, nouvelles pratiques*, Colloque du Centre Maurice Halbwachs, Approches longitudinales : confrontations franco-canadiennes, Paris, 22-23 octobre 2007. [en ligne]

<sup>740</sup> CHAMAK Brigitte, Autobiographical writings by autistic persons: a systematic study, *13th International Congress of ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry)*, Florence, 26-29 août 2007. Disponible sur : <http://cesames.org/spip/IMG/pdf/POSTER10.pdf>

Claude Le Pen écrit à ce sujet : « *il n'est pas anodin de transformer un handicap que l'on compense en maladie que l'on « guérit »* ». <sup>741</sup> La minorité culturelle est de ce point de vue une minorité active, en ce sens qu'elle fournit une autre grille de lecture et une autre organisation des éléments qu'elle dénonce, mais sur un registre de la défense d'une spécificité culturelle intégratrice et protectrice face à une assimilation, une institutionnalisation ou une réparation des caractéristiques fondatrices de cette même minorité et de sa culture. S'il est facile d'observer la minorité Trans au sens d'une minorité active il est plus compliqué de la situer dans un mouvement propre à une « minorité culturelle ». En effet, existe-t-il « une » « culture Trans » ? Il faut très certainement aller du côté des luttes intersectionnelles, qui font se rencontrer les Trans et le mouvement *queer* <sup>742</sup> ou les Trans et d'autres minorités (de santé ou ethnoraciales) pour trouver des éléments propres à des cultures Trans dont le point commun semble toujours être la libre disposition de son corps. On retrouve ces formulations militantes à la rencontre de plusieurs thématiques dans l'association ACT-UP <sup>743</sup> qui n'hésite pas à proposer une vision politique d'un point de vue minoritaire et contestataire. À l'origine association de lutte contre le sida, ACT-UP devient vite une association multidimensionnelle avec des commissions et des revendications portant sur les Trans comme sur les sans-papiers, sur le VIH comme sur les prostituées, sur les prisons comme sur les droits sociaux. C'est d'un point de vue minoritaire que s'établissent ces propositions qui sont à la fois catégorielles et sociétales. À ce titre les minorités culturelles établissent aussi un renversement de l'expertise puisqu'elles jugent ceux qui les jugent à l'aune de leurs critères culturels ou minoritaires. Ce contrôle expert des experts <sup>744</sup> est notamment formulé par Jacob Hale dans ses propositions d'écriture sur les Trans à destination des « non Trans » : « *Prenez conscience que si vous nous jugez en référence à votre agenda politique (ou vos agendas) pris comme mesure ou standard, en particulier, sans même vous demander si votre ordre du jour pourrait entrer en conflit avec le nôtre ou passer devant le nôtre, qu'il est tout aussi légitime (ou illégitime) pour nous d'utiliser notre agenda politique comme élément de mesure nous permettant de juger votre travail* » <sup>745</sup>

---

<sup>741</sup> LE PEN Claude, « « Patient » ou « personne malade » ? » *Revue économique*, 60, p. 257-271. 2009/.

<sup>742</sup> Comme on peut le lire par exemple dans le lien fort qu'établit Marie Hélène Bourcier entre production subculturelles d'identités et d'espaces contre hégémoniques et déclinaisons politiques de ces productions. Lire par exemple : BOURCIER Marie Helene, *Queer zones 3 : identités, cultures, politiques*, Amsterdam, 2011.

<sup>743</sup> <http://www.actupparis.org/>

<sup>744</sup> TREPOS Jean Yves, *Sociologie de l'expertise*, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1996

<sup>745</sup> Traduction à partir de : <http://sandystone.com/hale.rules.html>



La minorité culturelle signe ses caractéristiques de par la culture, oppositionnelle contre-hégémonique, à partir de laquelle elle s'exprime. Il existe, comme chez les musiciens de Becker, « *une culture des groupes déviants* »<sup>746</sup>, « *un ensemble de significations et donc de culture* », établissant ainsi des espaces contre-culturels. C'est de ces espaces que se prononcent les critiques émises à l'encontre des cultures hégémoniques comme le souligne notamment Marie Helene Bourcier lorsqu'elle écrit à propos des revendications Trans que les Trans « *défont le code civil* ».

Il existe un lien ténu entre les « Corps Trans » et les propositions « subculturelles »<sup>747</sup>. Mais il me semble qu'il faut différencier ce qui provient d'une revendication « au nom d'une minorité » et ce qui émane d'une « culture minoritaire ». Le premier point de vue revient à constater que les mêmes droits ne sont pas appliqués à tous et qu'au nom d'un idéal républicain d'indifférence aux différences il convient d'équilibrer l'accès aux droits (comme le propose actuellement l'agenda militant homosexuel). Le second met l'accent sur le fait que les critères majoritaires et hégémoniques ne permettent pas de répondre aux interrogations soulevées par l'existence d'individus minoritaires ou minorisés et que les cadres classiques restent aveugles à l'égard des contre-propositions posées par le pluralisme culturel. Les deux se chevauchent pourtant. En entretien avec Mélanie, militante Trans, les deux points de vue s'entremêlent. D'une part il faut l'égalité des droits puisque les minoritaires sont des « *citoyens au même titre que les autres* » et d'autre part il existe une spécificité liée au regard et à l'expérience Trans qui entre en conflit avec les positions d'« *insiders* ».

Pour Mélanie, la question de l'égalité des droits est une question centrale. C'est pourquoi elle évoque la possibilité de mettre à jour les contradictions du droit en se mariant avec son amie. « *Moi qui suis une lesbienne, je peux très bien épouser ma compagne puisque légalement je suis garçon, mais que je n'ai pas le droit d'épouser un garçon. Si on m'interdit le mariage avec un homme on peut pas m'interdire le mariage avec une femme. Je peux donc être légalement un garçon et vivre avec une lesbienne, l'épouser, avec tous les droits qui s'y réfèrent : adoption... etc... J'envisage donc j'épouser ma compagne. Puisque je suis un garçon.* »

<sup>746</sup> BECKER Howard S., *Outsiders : étude de sociologie de la déviance*, Métailié, 1985, p.103.

<sup>747</sup> HALBERSTAM Judith, *In a Queer place and time, transgender bodies, subcultural lives*, NYU, 2005.

Mais elle insiste en même temps sur les revendications moins « républicaines ». Son mode de militance est celui d'une minorité qui décide de se faire entendre, non seulement pour être « comme tout le monde », mais pour proposer une alternative. Cette alternative, elle la situe en contradiction avec une société binaire : *« Quand on me dit « quelles propositions vous avez » ? Je réponds : « j'attends d'être devant la ministre dans une salle de travail », je ne vais pas tirer mes cartouches tout de suite. Nous ne sommes pas en phase de négociation, nous sommes en phase de combat face à des gens qui ne nous reçoivent pas ! Alors on me dit « oui, mais si la personne décide de rechanger de sexe » : je me dis que dans une société binaire cela doit être très dur. Déjà une fois, alors deux ou plusieurs : mais on doit accepter que l'être humain soit fluide, que certains décident un entre-deux ou choisissent de changer en terme d'apparence comme de projet de vie. Mais changer d'identité, c'est une autre démarche. Car la façon d'être appelé, c'est privé. Mais là où il y a débat avec l'état c'est sur les papiers. Je suis par exemple discriminée pour circuler ou pour accéder à des biens. Le fait que je sois obligée de signaler pour tout acte de la vie quotidienne que je suis transgenre est une entrave. Comme je suis combative je m'en tire bien. Pour mon dernier bail c'était compliqué. Si c'est un transphobe ça peut mal se passer. »*

Un des points décisifs de son militantisme c'est le droit et notamment la question de la stérilisation. *« Oui... c'est exactement ça. C'est d'ailleurs ce que signifie mon jugement, sur lequel ils ont mis plein de points d'exclamation : ils se sont lâchés là ! Sinon un homme pourrait avoir un enfant : c'est pourtant ce qui s'est déjà passé. C'est ce que nous voulons, cela n'a pas d'importance. Ça crée beaucoup d'homosexualité les hétérosexuels, encore une chose à leur reprocher ! Beaucoup de Trans me disent : j'espère que cela n'arrivera pas à mon enfant... cela prouve bien qu'elles vivent cela comme un calvaire : moi je m'amuse beaucoup ! Les deux premières années étaient dures, mais maintenant... En réalité l'état m'a paradoxalement donné une immense liberté. À un moment donné il est temps de retourner le truc : « bien évidemment que j'aimerais que mon enfant soit homo ». On fait des statistiques : y'a pas plus d'enfants homos dans les familles homosexuelles : c'est qu'on les éduque mal et que la pression sociale est trop forte ! Y'a une part d'humour, mais s'ils disent ça c'est qu'ils croient à la*

*supériorité de l'hétérosexualité et de la famille hétérosexuelle. Alors l'argument c'est de dire que ça va nous dépeupler : c'est les mêmes qui nous disent ça et qui nous refusent la PMA et l'adoption alors qu'il y a plein d'enfants malheureux et abandonnés par les hétérosexuels (rires). C'est quand même bizarre lorsqu'on s'appelle monsieur Vanneste et qu'on est hétérosexuel de toujours parler d'homosexuels, non... franchement. Pourquoi cet intérêt ? C'est l'enjeu de sa vie ? Ça doit lasser sa femme à table... »*

Mais le plus grand renversement se situe dans l'observation, par les « Trans », des « Cis ». Lorsqu'avec Karine Espineira et Maud Yeuse Thomas nous avons monté un « Observatoire des Transidentités »<sup>748</sup>, quelques militants m'ont écrit : « *A quand un observatoire des cisidentités ?* », un peu à l'image de l'observatoire de l'hétérosexualité initié par Louis George Tin<sup>749</sup>, comme pour rappeler qu'après les *Black studies* sont apparues les *White studies* et qu'après les études féministes sont apparues les études sur le masculin.

---

<sup>748</sup> <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/>

<sup>749</sup> <http://heterosexualite.blogs.liberation.fr/>

### **3.2 DE LA QUESTION TRANSGENRE A LA QUESTION CISGENRE**

Le préfixe « Cis » signifie « du même côté de ». Observer les marges c'est aussi observer le centre. En portant notre attention sur la question « transgenre » nous ne pouvons pas faire l'économie d'un temps de réflexion sur la question « cisgenre » ou plutôt sur la manière dont les actions transidentitaires ont des effets sur les cadres « cisidentitaires ». Une autre appellation est parfois mobilisée pour signer une différence entre les « Trans » et les « cis » : les « bios » et les « technos ». « Bio » renvoie à « biologique » et indiquerait qu'une identité plus qu'une autre est proche du « biologique », de l'authentique. En réalité cette appellation est fortement critiquée par certains mouvements Trans qui voient en elle une remise en cause de l'authenticité des genres « Trans » qui deviendraient alors « non-naturels » ou « artificiels ». La multiplication des « industries pharmaco-pornographique » pour le dire comme Béatrice Préciado, les godes ou la pilule par exemple, rendent en effet caduque une telle séparation. Un des premiers constats que nous pourrions donc faire à la suite de ces observations c'est que les rapports entre la « transidentité » et la « cisidentité » ne sont pas inexistantes. Ils se formulent sous la forme de rapports de pouvoir indiquant à la fois des contraintes et des résistances, notamment discursives. Mais la question reste de savoir si l'impact des actions « Trans » dans les espaces et les représentations « Cis » est aussi important que l'ont été les répercussions des mouvements « homosexuels » dans les représentations et les politiques « hétérocentrées ». Nous ferons le constat que l'apparition de ce renversement épistémologique est certes un atout analytique majeur pour le militant comme pour le chercheur, que cette innovation est une brillante victoire discursive des populations discréditées sur les normes qui les discrédite, mais que les hiérarchies « Trans » / « Cis » n'en sont pas pour autant ébranlées. Pour le dire autrement, la remise en cause de l'universalité de la cisidentité n'a, d'une part, pas touché tout le monde, et d'autre part cette remise en cause reste fortement située dans un régime asymétrique disqualifiant la parole des « Trans » comme des « identités pathologiques ».

Pour établir un lien entre la question « transgenre » et la question « cisgenre » il faut regarder non pas au niveau macrosociologique, mais au plus près des justifications au maintien des dispositifs cisgenres, notamment autour du concept de « différence des sexes », de manière à observer les mouvements théoriques et sociaux à l'œuvre dans cette confrontation.

Deux espaces nous éclaireront : la psychanalyse et ses résistances théoriques, ainsi que le corps perpétuellement reconfiguré par l'action réciproque des « technologies de genre » et de leur saisissement par les acteurs. En effet, sous les tirs croisés des mouvements homosexuels, Trans et queer, la psychanalyse est en pleine mutation, notamment concernant la transidentité. Le « fait accompli » Trans met la psychanalyse devant ses contradictions théoriques et cliniques soulevées par les mouvements LGBT(Q) réunis en minorité active et culturelle. De même, en considérant la transidentité comme une technologie de genre on modifie l'appréhension de la « cisidentité » comme modèle normal et normatif. En effet, l'activation de technologies de genre de la part des « cisgenres » ne s'avère pas si éloignée des technologies de genre mobilisées et créées par les populations Trans. Seulement, les technologies de genres qui pourvoient à l'élaboration d'une cisidentité ne sont pas perçues comme telles, mais comme du neutre incorporé. De ce point de vue, il sera intéressant de se poser la question de la place du changement de sexe comme du changement de genre au côté des chirurgies plastiques. Aussi, nous nous interrogerons sur l'impact des nouvelles techniques médicales dans l'attribution d'une hiérarchie « Cis » / « Trans ». Enfin, le concept même de « technologie de genre » tel qu'il a été développé par Térésa de Lauretis permettra de revenir sur la discussion autour de la psychanalyse, avec l'appui, pour ce faire, des éléments conceptuels harawayens portant sur la notion de « cyborg ». Avec la multiplication des accouplements entre le centre et les marges, et en s'éloignant de l'appareillage psychanalytique, ne peut-on pas faire l'hypothèse d'une banalisation de l'expérience Trans, sans forcément que celle-ci bascule du côté de la cisgenrification, et donc d'une fin du transsexualisme ? Après être passé de la question transsexuelle aux questions Trans, établissons un chemin de la question transgenre à la question cisgenre au travers de ces différents exemples.

D'un point de vue méthodologique nous ferons l'hypothèse qu'il est encore trop tôt pour observer, à partir des mouvements transgenres, des répercussions sur les identités cisgenres. Les dispositifs de genre et de sexualité sont des ingénieries sociales reliant le centre et la périphérie. La démarche est beckerienne : en observant les « outsiders » on observe les « insiders » ; en observant la « déviance » on observe la « norme ». Si cela s'est avéré vrai pour les questions liées au féminisme comme aux luttes homosexuelles, pourquoi ne pourrions-nous pas observer cela autour de l'opposition, tantôt enracinée, tantôt contournée, entre identités cisgenres et transidentités ? Les individus ne se qualifient pas spontanément de « cisgenre ». Ce n'est donc pas un terme qui fait sens dans les expériences non-Trans. La cisidentité est conçue comme une neutralité et à ce titre là elle n'est pas questionnée. Louis George Tin avait souligné ce même constat lors de ses recherches sur l'hétérosexualité. Il évoque alors cette « *évidence invisible* »<sup>750</sup> renvoyant explicitement aux expressions de Jonathan Katz<sup>751</sup> à ce sujet lorsqu'il parlait de l'hétérosexualité comme un « *fantôme souverain* » sous la forme d'une « *présence absente* »<sup>752</sup>.

En suivant les pistes de recherches de Didier Eribon<sup>753</sup> et de Marie Joseph Bertini<sup>754</sup> il est néanmoins possible de tracer des pistes de réflexion autour de la production psychanalytique de l'identité cisgenre, mise à mal dès lors qu'elle est soulignée et critiquée. Pour le dire comme Goffman, il s'agit de porter notre attention sur les « cadres »<sup>755</sup> en tant qu'éléments produits et producteurs d'expériences et de catégories. Dans *Ce qui fait une vie*<sup>756</sup>, Judith Butler pose aussi la question du cadre. Partant du cadrage de la photographie, des images de la violence et de la guerre, Butler montre que les cadres « *non seulement organisent l'expérience visuelle, mais établissent et engendrent des ontologies spécifiques du sujet* ». D'après Butler, le cadre révèle le paradoxal suivant : « *ne pas voir* » au cœur du voir, qui est la condition du voir »<sup>757</sup>. Pour le dire autrement nous ne voyons qu'en délimitant.

---

<sup>750</sup> TIN Louis George Tin, op. cit. p.192

<sup>751</sup> KATZ Jonathan, op. cit. p.69

<sup>752</sup> LETT Didier, « Louis-Georges Tin, L'invention de la culture hétérosexuelle », *Clio* 1/2010 (n° 31), p. 287-290.

<sup>753</sup> ERIBON Didier, *Échapper à la psychanalyse*, éditions Léo Scheer, 2005.

<sup>754</sup> BERTINI Marie Joseph, *Ni d'ave ni d'adam : défaire la différence des sexes*, Max Milo, 2009

<sup>755</sup> GOFFMAN Erving, *Les cadres de l'expérience*, Ed. de minuit, 1991.

<sup>756</sup> BUTLER Judith, *Ce qui fait une vie. Essai sur la violence, la guerre et le deuil*, Zones, coll. « Zones », 2010.

<sup>757</sup> Op. cit. p.100.

La sélection, le cadrage, devient à la fois un principe de visibilité de ce qui est au centre du cadre et un principe d'invisibilisation de la logique du cadrage. Si le cadre rend visible, l'action de cadrage est, en principe, invisible. Elle nous rend aveugles autant que voyants<sup>758</sup>. C'est donc ce qu'il nous faut « *apprendre à voir* ». En rompant avec ses contextes de production, en se déplaçant, le cadre finit par indiquer sa fonction de délimitation. Le cadre du genre, si on applique la notion de cadre à nos préoccupations, agit donc comme un pompier pyromane. En même temps qu'il rend visible des éléments nouveaux relatifs aux identifications genrées ou aux technologies de genre, il opère une action secrète de choix, de mise à l'écart, que l'exigence de réflexivité vient à juste titre contrebalancer. Les cadrages sont épistémologiques et en tant que tels ils mettent l'accent, plus ou moins volontairement, sur des éléments précis du discours et de la théorie. Les éléments du cadrage sont des mécanismes opérant des classifications entre les vies, entre les êtres.

La psychanalyse participe de cette action de cadrage dans sa manière d'aborder et de traiter publiquement des questions de société. Nous avons vu qu'elle ne reste pas indemne des redéfinitions proposées par les Trans, en présentant notamment des relectures queers de ses textes. Mais il me semble que les allers-retours entre critique queer et critique lacanienne de la critique queer sont à juste titre dépassés lorsqu'on observe la cis-identité non plus en opposition avec la transidentité mais dans un même geste. Il faut revenir un instant sur le concept de « technologie » de genre tel qu'il s'est imposé après Lauretis. Les technologies sont génératives de devenirs en même temps qu'elles sont générées par ces devenirs. Les technologies de genre s'appuient sur, en même temps qu'elles font naître des innovations.

Les technologies de genre qui sont aussi des technologies du pouvoir assurent, en même temps qu'un contrôle disciplinaire, une production d'individualités qui prennent appui justement sur cette singularité pour se placer dans des rapports de pouvoirs conflictuels. Le pouvoir « *dresse les multitudes mobiles en une multiplicité d'éléments individuels* »<sup>759</sup>. Pour le dire autrement, et selon l'expression de Deleuze, « *le pouvoir n'est pas attribut, mais rapport* ».

---

<sup>758</sup> BORDONADA Laure, « Questions de cadrage », *La Vie des idées*, septembre 2010.

<sup>759</sup> FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975, p.172.

La psychanalyse n'échappe pas à ces rapports de pouvoir. Cependant elle semble avoir signé profondément l'espace des représentations contemporaines jusque dans l'arène politique. Marie Joseph Bertini nous rappelle que lors des discussions autour du PACS, Elisabeth Guigou, alors garde des Sceaux, avait exhorté les militants homosexuels à ne pas trop en demander : « *le politique, disait-elle, est le garant de l'ordre symbolique* ». Pour Laurétis comme pour Préciado ou Haraway, il est alors possible de couper les ponts avec la psychanalyse. En effet l'œuvre de Térésa de Laurétis peut s'envisager comme une dénonciation des outils de désobjectivation, c'est-à-dire des mécanismes d'imposition de cadres limitant l'action des individus à des identifications contraintes. Elle souligne l'importance des « *contre-pratiques et de nouvelles formes de communauté* »<sup>760</sup> qui font éclore un nouveau sujet « *excentrique* » « *constitué au travers d'un processus de lutte et d'interprétation, d'une réécriture de soi* » rendue possible lors de « *déplacements politiques et personnels* »<sup>761</sup> qui traversent les frontières identitaires et personnelles, corporelles et discursives.

Le sujet queer initié par De Lauretis est un sujet métissé, que la première vague queer entend appréhender d'un point de vue de la déconstruction et de la multiplication des identifications<sup>762</sup>. Ce sujet est un écueil pour les théories psychanalytiques, car il ne se laisse pas saisir par ses cadres théoriques, s'y dérobe et en joue de façon à imposer de nouvelles configurations identitaires et corporelles. Selon Lise Gagnard, la lecture de Teresa De Lauretis est « *essentielle* » « *pour les praticiens de la psychanalyse* » (« *et pour les autres* »)<sup>763</sup>. Elle écrit : « *Le sujet du féminisme n'est ici pas superposable au sujet de l'inconscient de la psychanalyse [...] Le sujet du féminisme de Lauretis est le sujet d'une conscience de soi qui s'efforcera de ne pas ignorer ses assignations socio-historiques multiples afin de s'en dégager : « un sujet, dit-elle, épistémique ».*<sup>764</sup>

---

<sup>760</sup> LAURETIS Teresa (de). *Théorie queer et cultures populaires.*, La dispute, 2007, p.93

<sup>761</sup> LAURETIS Teresa (de). p.144

<sup>762</sup> La lecture des *théories queer* permet de différencier une seconde vague queer dont les questionnements portent, non plus sur les processus identifications intersectionnels et décadrés, mais sur la notion même d'identité (Bourcier, 2006 ; Préciado 2008)

<sup>763</sup> GAIGNARD Lisa, « A plusieurs voix autour de Thérésa de Laurétis », revue *Mouvements*, La Découverte, n° 57, 2009, pp 138-154.

<sup>764</sup> Ibid p.14



C'est-à-dire que la technique psychanalytique est aussi une technologie de genre qui dit la différence en même temps qu'elle permet de s'en défaire par des lectures nouvelles, moins andocentriques ou cisgenrecentrées. En ce sens la psychanalyse impose non seulement un ordre des choses androcentré et hétéronormatif mais aussi un privilège cis-genre à se prononcer dans les cadres admis et légitimés de cette dernière. Les propositions liminaires d'un individu saisi par le genre, et déjà en dehors du genre, c'est-à-dire d'un individu dont l'existence prend racine dans la faillibilité même du genre, ouvre la voie à des identités et des corps passant à travers le filet théorico-technique de la psychanalyse et du cadre cisgenre.

C'est ce que nous propose Béatriz Preciado lorsqu'elle écrit que :

*« La notion de multitude queer s'oppose donc résolument à celle de « différence sexuelle », telle qu'elle est exploitée aussi bien dans les féminismes essentialistes que dans les variations structuralistes et / ou lacaniennes du discours de la psychanalyse (Roudinesco, Héritier, Théry...). Elle s'oppose aux politiques paritaires dérivées d'une notion biologique de la « femme » ou de « la différence sexuelle ». Elle s'oppose aux politiques républicaines universalistes qui concèdent la « reconnaissance » et imposent l' « intégration » des « différences » au sein de la République. Il y n'a pas de différence sexuelle, mais une multitude de différences, une transversale des rapports de pouvoir, une diversité de puissances de vie. Ces différences ne sont pas « représentables » car elles sont « monstrueuses » et remettent en question par là même les régimes de représentation politique, mais aussi les systèmes de production de savoir scientifique des « normaux »*

Les identités multiples (bien que Preciado parlera plus de « corps ») ne permettent pas de restituer les différences binarisées que les politiques promettent à l'intégration. Les corps et les identités multiples, queer, tordues, redistribuent inévitablement la cartographie du centre, de la normalité, et donc aussi d'une psychanalyse normative prônant la « différence est sexe », « cette table d'opération performative »<sup>765</sup>.

---

<sup>765</sup> PRECIADO Béatriz, *Le manifeste contrasexuel*, Balland, op. cit. p.94

Il n'y a plus à intégrer, à dévoiler, à soigner, à révéler : il s'agit de créer de nouveaux « accouplements fertiles » pour reprendre l'expression de Donna Haraway<sup>766</sup>. Si le changement de sexe n'a plus pour nécessité de restituer les oripeaux psychanalytiques de la binarité, de la maladie ou de la souffrance pour se réaliser, est-il possible de penser les transidentités en dehors des catégories mentales et de l'anormalité ? Il existe à n'en point douter une hiérarchie, des privilèges, dans le fait de saisir ou de remettre en cause telle ou telle technologie de genre. Les femmes siliconées, botoxées et liftées ne portent pas (autant) les suspicions d'anormalité que les Trans. Il existe donc des technologies de genre légitimes et d'autres non. Lors d'un entretien avec une psychologue d'un protocole je lui demande : « *Pourquoi ne pas imposer, aux patients qui bénéficient de mammoplasties, des « real life test » et des batteries de tests psychiatriques comme on le fait aux personnes Trans ?* ». Sa réponse est sans appel : « *Mais voyons. Le sexe c'est primaire et les seins secondaires. Dans la sexualisation... Ce n'est pas pour rien qu'il existe des protocoles pour les patients atteints de transsexualisme* ».

Changer de sexe ne peut être entendu comme une chirurgie de confort ou une chirurgie réparatrice. C'est un acte qui doit forcément prendre racine dans la souffrance aux côtés des demandes anormales. En questionnant ainsi les transidentités on fait pourtant l'économie d'un implicite pathologisant que résume très bien Colette Chiland lorsqu'elle dit que « tous souffrent ».

C'est ce sur quoi s'oppose Judith Butler lorsqu'elle écrit que dire à quelqu'un que sa vie est une vie de souffrance est en soi extrêmement pathologisant et que la pathologie fait souffrir. En creux on retrouve la critique émise par « Miguel » dans le reportage « mon sexe n'est pas mon genre » (de Valérie Mitteaux) : « *est-ce qu'on demande aux femmes qui subissent un viol ou le sexisme si elles souffrent d'être des femmes ? Non !* ». En effet c'est le sexisme qu'on inculpe et non la personne qui en est la victime. L'histoire de l'homosexualité au cinéma<sup>767</sup> aura elle aussi montré que ceux que l'on juge comme anormaux doivent forcément souffrir de leur anormalité.

---

<sup>766</sup> HARAWAY Donna, *Manifeste cyborg et autres essais*, Exils, essais, 2007.

<sup>767</sup> ROTH-BETTONI Didier « L'homosexualité au cinéma », La musardine, 2007

D'ailleurs, il est important de rappeler qu'en France, les plasties remboursées ne sont pas toutes soumises aux mêmes règles, aux mêmes protocoles. Une mammoplastie, pour combler l'absence de poitrine, sera prise en charge de manière moins contraignante qu'une mammectomie pour les FtM. Voilà l'accès aux technologies de genre cis-identitaires rétribuées, perçues comme normales, légitimes. Alors que les demandes qui lézardent les codes cis-identitaires sont jugées dans le meilleur des cas comme suspectes et dans le pire des cas comme inadmissibles. Cette comparaison immédiate de deux modifications corporelles, met en lumière le privilège cisgenre dans les parcours individuels d'identification de genre et pose la question suivante : peut-on être ce que l'on n'a pas ? Comment dépasser les frontières entre le normal et l'anormal, le « naturel » et le « pathologique » imposées dans la distinction « Cis » / « Trans » telle qu'elle s'exprime aujourd'hui, sans réifier ni la catégorie Trans ni la catégorie Cis ?

C'est dans l'œuvre d'Haraway que se déploient le plus fortement le déplacement et le dépassement des frontières : le cyborg blasphème les frontières. Avec le cyborg il n'y a plus de frontières délimitées entre fictions sociales et récits sociaux : les choses se lient et se complètent, entrent en collision et se soudent. Preuve dans les techniques que les récits unificateurs sont mystifiés avec la reproduction : « *La répllication du cyborg a divorcé de la reproduction organique* »<sup>768</sup>. Haraway recartographie les espaces d'interactions entre les technologies et le corps. « *Nous sommes des chimères, des hybrides, des cyborgs* », des images condensées de l'imagination et de la réalité. Haraway plaide pour une confusion des frontières. En terme de « genre » le cyborg est post-genre : il ne dit pas la bisexualité, il ne dit pas les phases pré-oedipiennes : il dit la fusion, l'invention, la décentration et la complexité. Le sexe lui-même est issu de codages: celui du discours performatif sur le sexe et celui de la machine qui l'écographiant, reproduit instantanément le circuit imprimé du genre pour reprendre son imagerie : « *Dans le futur, classifier les personnes en genre « masculin » ou « féminin » dès la naissance sera considéré comme aussi injuste que la pratique sud-africaine, maintenant abolie, qui consistait à apposer un tampon « blanc » ou « noir » sur les cartes d'identité. L'apartheid des sexes est aussi douloureux, pénible et oppressif que l'apartheid des races.* »<sup>769</sup>

---

<sup>768</sup> HARAWAY Donna, «Manifeste Cyborg : Science, technologie et féminisme socialiste à la fin du XXe siècle», *Mouvements*, no 45-46, p. 15-21, 2006

<sup>769</sup> ROTHBLATT Martine, *L'apartheid des sexes*, Ronan Denniel, 1995

Les connexions cyborgiennes sont in-essentielles. Il n'y a pas de « tout » ou de communauté. Pas d'holisme. Pas de société. Pas de psychanalyse heureuse sur la famille ou l'enfance. Pas non plus de limites à la déconstruction. Les réseaux des cyborgs passent outre les barrières et les frontières de la tradition. Le cyborg fait l'économie des frontières, il les lézarde. Le fait que l'on crée des machines les rend incroyablement humaines et nous rend auxiliaires.<sup>770</sup> Il fait éclore, pour reprendre Michaux, des « *Gestes du défi et de la riposte / Et de l'évasion hors des goulots d'étrangle-Ments / Gestes de dépassement / Du dépassement / Surtout du dépassement* »<sup>771</sup>

La psychiatrie et la psychanalyse ne sont donc plus seules détentrices, dans les expériences, du pouvoir de dire le réel, de le catégoriser, de promouvoir un vrai sexe, à chacun un seul, un vrai. À l'image du cyborg d'Haraway, les horizons transidentitaires sont « *une fiction qui change le monde* »<sup>772</sup>. Ainsi a-t-on pu parvenir à l'idée qu'une cellule génère son propre programme, à la façon d'un logiciel qui se mettrait à jour lui-même. Face aux indéterminations, la machine s'adapte. L'homme n'est plus la mécanique des automates du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>773</sup>, il est technologique, hybride. « *Si bien qu'avec l'avènement récent des manipulations génétiques et le décodage du génome humain, un champ entier de la biologie peut s'éloigner d'une démarche qui viserait à comprendre des systèmes vivants naturels pour se concentrer sur une maîtrise intellectuelle et technique de systèmes vivants artificiels* »<sup>774</sup>.

Passant ainsi d'une logique essentialiste de dévoilement de la nature à une logique d'exploration des possibles artificiels, le corps « donnée » à investiguer devient un corps « support » d'investigations de soi. C'est sur un corps à expérimenter que s'ajoutent ou s'appuient les technologies de genre, discursives ou chirurgicales, qui créent et énoncent le corps qui se fait. Ce que l'on retrouve dans les mots d'Antonin Artaud, desquels sort un corps, toujours auto-composé. Devenir autre chose que ce à quoi le corps nous prédestine, en ce qu'il nous préexisterait un inconscient comme un langage, exige de penser le corps en dehors de lui-même, en dehors des assignations qui lui sont faites. Devenir Trans ou « non-cis », c'est aussi se défaire des partitions binaires ou des endiguements médicaux normatifs.

---

<sup>770</sup> SANNA Maria Eleonora « Donna Haraway, Manifeste cyborg et autres essais. Sciences – Fictions – Féminismes », *Clio*, 2, n° 32, 2010, p. 291-293

<sup>771</sup> MICHAUX Henri, « Mouvements », poésies/Gallimard, 1992.

<sup>772</sup> Cité dans : GARDEY Delphine « Au cœur à corps avec le manifeste Cyborg de Donna Haraway », *ESPRIT*, Mars-Avril 2009, pp : 208-217.

<sup>773</sup> DETREZ Christine, *La construction sociale du corps*, Seuil, 2002, p.32

<sup>774</sup> MENDELSONH Sophie, « Cyborg : l'avenir d'une utopie », *Essaim*, 2001/2 no8, pp. 103-114.

Ce corps qui est ce qu'il n'a pas ou pas encore, rompt avec l'idée d'une matrice naturelle unifiante, d'une sexuation toute puissante, d'une « génération » évidente. Il rompt aussi avec les complémentarités, les binarités, les antagonismes frontaux. Enfin il fait écho, comme pour définitivement abandonner toute superposition parfaite avec les attendus du corps, avec ce que Peggy Sastre nomme l' « ex utero »<sup>775</sup>, c'est-à-dire l'ensemble des technologies qui assurent des grossesses en dehors du corps (l'ectogénèse)<sup>776</sup>. « *Lorsque vous lui aurez fait un corps sans organes, alors vous l'aurez délivré de tous ses automatismes et rendu à sa véritable liberté* »<sup>777</sup> écrivait déjà Artaud. Dans ses assemblages multiples, dans ses formes toujours innovantes, le corps Trans est à même de se prononcer et de se réaliser en pliant les cadres. Il n'est jamais réellement en dehors des cadres, mais en constant décalage avec eux. Il s'y réfère pour mieux s'y opposer. Il les déplace pour mieux en souligner la contingence. Mais le corps n'est pas seul. Il s'exprime individuellement et collectivement dans des luttes et des propositions subversives. Et c'est ce même corps qui porte ces revendications, dans ses signes et dans ses monstrations qui quittent l'espace des désobjectivations psychiatriques et psychanalytiques pour entrer dans l'espace des possibilités techniques et discursives, des devenirs en somme, qui promettent aux transidentités, comme aux cis-identités, une topographie des corps et des identités profondément modifiées.

Reformuler les différences, les des-essentialiser, c'est immédiatement revenir sur les hiérarchies qu'elles entraînent. C'est pourquoi, en se multipliant, les expressions de la transidentité se banalisent sous l'effet d'une mise en crise du programme « transsexuel », au profit d'une plus grande porosité des frontières entre Trans et non-Trans. Au total, en soustrayant les « différences » de genre au diagnostic : on les banalise. Mais l'objectif de cet assouplissement n'est-il pas non plus de rendre anodines les transidentités, sur le même modèle que les cisidentités ? Car s'il n'y a pas d'évidences dans les transidentités, pas de linéarités non plus, il n'y en a pas plus du côté des cis-identité. Il n'y a pas de raison de penser qu'une cisidentité soit plus « normale » ou « souhaitable » ou que la cisidentité ne soit pas elle aussi soumise aux perturbations, biographiques ou collectives.

---

<sup>775</sup> SASTRE Peggy, *Ex utero, pour en finir avec le féminisme*, La Musardine, 2009, p.130.

<sup>776</sup> HALDANE John, *Daedalus, Or, Science and the Future*, Dutton, 1924

<sup>777</sup> ARTAUD Antonin, « Pour en finir avec le jugement de dieu », *OEuvres*, 1949, p. 1654

Le militantisme Trans esquisse quelques réponses à cela. Jeanne est militante depuis quatre ans dans une association d'auto-support et dans le mouvement LGBT d'un grand syndicat. Elle me rappelle « *qu'avant d'être issue de la transsexualité* » elle était « *bigenre* » c'est-à-dire qu'elle composait entre des périodes Cis aux yeux de ces collègues de travail et de sa famille, et des périodes Trans en privé, lors de soirée ou dans les groupes militants. Pour elle, « *les Cis changent aussi* », mais cela « *ne remet pas forcément en cause leur structure psychique et biologique* », contrairement aux personnes Trans qui, elles ont « *bouleversé tous les codes* ». Selon elle, ce qui différencie les Cis et les Trans, c'est le coût de la prise de risque, du changement. Les Cis auraient donc ce privilège de pouvoir changer, mais être potentiellement soumis aux réactions négatives, aux empêchements, à la « *police de genre* » : « *Nous on s'est mis quelque part en danger en partant d'une façon d'exister que l'on connaissait, mais qui ne nous convenait pas et en allant en terrain inconnu vers une situation que l'on pense meilleure, mais sans être certain(e) que ce soit la solution qui nous convienne. Et on a surajouté des prises de risques liés aux traitements et à la chirurgie sans être certain(e) du résultat.* » « *Les Cis, eux, peuvent passer toute leur vie à faire des compromis* », mais sans qu'ils aient à prendre des décisions jugées « *radicales et extrêmes* ». « *Après au niveau de la hiérarchie, on peut valoriser les Cis parce que c'est le comportement du plus grand nombre, mais nous, on a le privilège d'avoir la détermination et la mise en place d'une stratégie pour réussir notre transition. Mais est-elle un jour terminée?* »

Maud Yeuse Thomas est militante depuis plusieurs années. Elle fait partie de ces personnes qui portent une expertise transidentitaire. Elle note que la frontière entre Cis et Trans est plus poreuse qu'il n'y paraît. Selon elle, les Trans en appellent à la cisidentité en même temps que la cisidentité compte en son sein une multitude de « *corps transformés* ». « *Les Trans s'identifient aux carrières Cis* ». « *Ce qui fait sens c'est d'être du côté de la norme. Ce qui ne fait pas sens c'est d'être du côté de la marge. Mais ça, c'est la pire des solutions. Ça a masqué des subjectivités. Ça a créé ce que je nomme des écritures palimpseste.* » S'il existe des Trans c'est qu'il existe aussi selon elle « *des résistances* ». En ce sens elle regrette qu'on ne parle « *que des Trans* », car « *Il y a tout plein de corps transformés qui ne se reconnaissent pas dans la société* ». Elle cite notamment le cas des intersexes.

L'exemple du film « *Tom Boy* »<sup>778</sup> lui semble tout aussi pertinent. Selon elle, on ne lit la transidentité qu'avec le prisme de récits de vie anciens : « *les jeunes trans', ils écrivent de nouvelles histoires de la transidentité* ». Elle pense entre autres aux « *identités intergenres, androgynes* » : « *avec 'le sexe opposé' on a procédé par effacement de l'autre [...] en opposition [...] de manière binaire* ». Selon son expression, on ne se situe réellement jamais dans une identité « *incrustée dans le marbre des normes* », mais plutôt dans des transformations. Elle renvoie à cette idée selon laquelle nous serions tous saisis par des logiques d'identifications, donc des trajectoires toujours incertaines. « *Derrière le mot identité, mais je mets le mot 'traversée'* ». Cette « traversée » est pour elle « *une transformation tout au long de la vie* » « *mais ça n'a plus de caractère oppositionnel, c'est un trajet d'existence* ». Dans son discours, il n'y a plus grand-chose qui fait tenir la validité de l'opposition Cis Trans : « *C'est une fiction la cisidentité* ». Sauf que dans les pratiques, la hiérarchisation perdure « *Il y a des genres qui sont encouragés et d'autres non* ». Cependant, au regard de son expérience, elle pense que « *de fait, on est déjà sorti de cette opposition binaire* », « *il a plein de franchissements de genre* ».

Ne pas réifier la cisidentité, puisqu'il s'agit de ne pas réifier non plus la transidentité, c'est déjà opter pour une analyse au pluriel des devenirs en termes d'expériences de genre. Plus généralement c'est aussi constater que les transidentités, comme les cisidentités, sont le fruit de parcours, de carrières d'identifications de genre, qui résultent de contraintes et d'opportunités, sans jamais être promises à la fixité et à l'unité. En ce sens, si l'on a pu proposer une lecture du « transsexualisme » en terme de « programme », il sera tout aussi pertinent de lire la cisidentité sous les mêmes traits, celui du « programme cisgenre » qui, comme tout idéal, connaît des failles dans lesquelles se logent les alternatives.

---

<sup>778</sup> Sciamma Cécile, « *Tom Boy* », 2011





## CONCLUSION

Le transsexualisme opère comme une normalisation des corps. Or si l'histoire de la transidentité correspond en partie à cette demande de normalisation, il serait plus juste d'insister sur un autre type de demande, tout aussi important que la première, et qui est relatif à une demande de banalisation. Le transsexualisme répond à la normalisation. Les transidentités programment leur banalisation. Les cadres de la reconnaissance changent et avec eux ce qui est constitutif du cadre normatif en termes de sexe, de genre, de sexualités, de corps et d'identités. Les transidentités posent aujourd'hui la question de la transformation sociale de ceux et celles qui restent « en dehors du cadre ». L'affaiblissement du programme transsexuel va en effet de pair avec l'apparition d'une multitude de profils Trans. Mais les frontières de la normalité sont poreuses et sous l'effet des groupes, des corps, des désirs, la formulation de la question Trans finit par toucher au cœur de la question non-trans, des corps, des identités « cis ». La tradition du « transsexualisme » apportait avec elle des réponses, de « bonnes raisons » au transsexualisme, dont le sens est aujourd'hui érodé. Les Trans se confrontent alors non plus au « transsexualisme » historique, mais à leurs histoires propres, ouvertes<sup>779</sup>, notamment aux non-Trans sur lesquels le fait accompli Trans réfléchit.

---

<sup>779</sup> MARTUCCELLI Danilo, *grammaires de l'individu*, Gallimard, 2002, p.349.

- ***Vie et mort du « transsexualisme »***

Le programme « transsexuel » est débordé. Les récents chiffres de l'enquête d'Alain Giami<sup>780</sup> le rappellent : les Trans ne passent pas par les protocoles qui leur sont destinés. Les Trans redeviennent un objet inconnu pour la psychiatrie, elle qui tenta si longtemps de les saisir dans des nosographies aux intitulés sans cesse changeants. Leurs pratiques, leurs demandes, ne sont plus résorbées par la transsexualité. De nouveaux profils apparaissent et ceux-là contrarient les desseins d'un programme binarisant, transformant des femmes en hommes et des hommes en femmes à la condition d'un diagnostic et d'une stérilisation. Alors que les praticiens protocolaires déclinent toujours les bonnes raisons d'une pratique médicale vécue comme maltraitante par les acteurs, la question Trans se déplace. En se déplaçant elle dessine les contours d'une nouvelle formulation des rapports de genre ainsi qu'un nouvel horizon aux processus de subjectivations du genre. L'assujettissement au « transsexualisme » signe à la fois la subordination de transidentités à un cadre ainsi que la production de nouvelles identités, dans des processus de subjectivation transidentitaires irréductibles au « transsexualisme ». Le sens du « transsexualisme » ne fait plus écho à l'épaisseur des expériences Trans. Quittant la psychiatrisation, et la pathologisation, les transidentités se politisent et s'organisent autour d'associations fortes, convertissant ainsi l'imagerie médicale de sujets « patients » en acteurs sociaux, en minorité de santé et en minorité active. Les transidentités se désolidarisent ainsi des conditions diagnostiques et médicales du « transsexualisme ». Elles viennent à cet instant ébranler les certitudes des non-Trans, le privilège de la « cis-identité », jusque là épargnés d'un examen du fait d'une prétendue « neutralité » que l'absence de diagnostic, de pathologisation, permettait d'assurer. Il n'y aurait plus dès lors d' « exceptions Trans », mais une multiplication des carrières d'identifications de genre aboutissant, sans pour autant qu'il soit légitime de les hiérarchiser, à des identités Trans ou Cis, toujours susceptibles d'être reconsidérées eu égard à la complexité des parcours de vie.

---

<sup>780</sup> GIAMI Alain, BEAUBATIE Emmanuelle, LE BAIL Jonas, « Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010 » *BEH (Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire)*, 42, novembre 2011.

- ***Soustraire les différences du diagnostic***<sup>781</sup>

Les *outsiders* Trans rejoignent alors les *insiders* cisgenres du moment où la différence qui les hiérarchise se soustrait à l'imposition du diagnostic. Avec le « transsexualisme », les transidentités avaient été vidées d'histoire et de subjectivité pour être aussitôt remplies d'évidences (cliniques ou naturelles) imposant une cisgenration des transsexuels. Les transsexuels pouvaient alors être des hommes et des femmes à la condition de l'être « comme tout le monde », c'est-à-dire des hommes et des femmes, sinon hétérosexuels, tout du moins ayant bénéficié d'une réassignation de sexe ou affirmant vouloir entrer définitivement dans la case du genre revendiqué, ne plus en sortir et en apprendre les codes. Mais chez les « transsexuels » comme chez ceux qui ne passent pas par un processus de transsexualisation pour être Trans, le diagnostic de « dysphorie de genre » ne permet pas à lui seul de vivre sa différence. Les multiples identifications de genre permises à l'individu ou conquises par lui se désunissent alors du diagnostic. Ce dernier n'est plus, si tant est qu'il l'ait été un jour, l'unique sésame à l'affirmation de soi. Au contraire, il est le plus souvent vécu comme une obligation, sur laquelle vient se greffer une pratique clinique jugée maltraitante. À l'image des cisgenres, les Trans ne s'octroient pas la possibilité de vivre leur identité de genre à la seule condition d'un diagnostic. Le fait d'être différent, de l'avoir été comme de le rester, fait l'économie d'un regard clinique. La différence de genre n'est plus pathologisable. « *Est-ce qu'il faut améliorer le diagnostic ? La question c'est : est-ce qu'il faut un diagnostic ?* » ; « *Je dirai que j'ai une identification de genre moins fréquente, ça ne fait pas de moi une pathologie* ». Comme élément de classification et de reconnaissance, la labellisation « transsexuelle » est dénoncée comme une imposition maltraitante et désobjectivante : « *C'est trop violent de vouloir faire rentrer les gens dans des catégories pathologisantes* » ; « *Je n'ai jamais eu l'impression d'avoir un problème. Que la société n'ait pas de place pour moi, ça c'est une source de problème.* » ; « *Les catégories de sexe et de genre ne sont pas assez souples pour contenir qui je suis* » ; « *Le diagnostic m'a volé mon identité* ». <sup>782</sup>

---

<sup>781</sup> THOMAS Maud Yeuse, ESPINEIRA Karine, ALESSANDRIN Arnaud, « Les transidentités : soustraire les différences au diagnostic », revue *Ganymède*, Mai 2011.

J'emprunte la formulation du « diagnostic de la différence » au reportage « diagnosing différence » d'Annalise Ophélian (2009) dont le sous-titre est : « *la nature adore la diversité, ce sont les humains qui ont un problème avec ça* »

Site du film : <http://www.diagnosingdifference.com/>

<sup>782</sup> Toutes ces citations (traduites) sont extraites du reportage : « diagnosing différence »

- ***Banaliser les multiples expressions de genre***

Ainsi, la banalisation des transidentités ne passe plus simplement par leur assimilation à la cisidentité, c'est-à-dire à l'uniformisation des identités de genre réduites à la cisidentité. L'existence même du féminisme et du mouvement *queer* vient souligner l'importance d'une logique de reconnaissance qui ne soit pas uniquement une demande de normalisation, mais la démonstration d'un fait accompli transidentitaire, désaxant les identités et les corps visibles, vivables, du privilège cisgenre. Les transidentités posent alors la question de savoir s'il est possible de penser l'intégration sans la normalisation ? Les expériences transidentitaires et les expressivités Trans se multiplient sans s'uniformiser, venant ouvrir de nouveaux fronts de contestation à l'hégémonie cisidentitaire. Ce qui est alors décisif, c'est la complexité des rapports de pouvoir dans la mesure où les Trans ne sont pas simplement les cibles d'un pouvoir qui s'exerce, mais s'effectuent eux-mêmes dans cette relation. « *Tout sujet qui tente de s'opposer à une forme de pouvoir ne découvre pas seulement qu'il ou elle est conditionné par ce pouvoir même, mais découvre en outre, sur la base de ce paradoxe constitutif, une pratique du façonnement de soi* ». <sup>783</sup> L'assujettissement convoque inévitablement des résistances collectives ou individuelles, du côté des groupes comme du côté des corps. Le moment de la reproduction des normes étant toujours celui de l'interrogation, il est possible de situer une action en dépit de l'assujettissement. La « transsexualité », celle qui respectait le cahier des charges de la normalisation cisgenre, se morcelle ainsi en une diversité de subjectivités Trans dépathologisées et dont l'expression ne peut se résumer à une cisgenration.

---

<sup>783</sup> MALABOU Catherine, BUTLER Judith, *Sois mon corps, une lecture contemporaine de la domination et de la servitude chez Hegel*, Bayard, 2010, p.9

## BIBLIOGRAPHIE

AGNODICE, 2009, *Entre le marteau et l'enclume : rapport sur la situation des personnes transgenres actives dans les métiers du sexe à Lausanne, Suisse.*

AGACINSKI Sylviane, 1998, *la politique des sexes*, Paris, Seuil.

ALBERONI Francesco, 1985, *L'amitié*, Pocket.

ALBY Jean Marc (dir.), 1996, *Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme*, Editions de l'Association Freudienne Internationale, Paris.

ALBY Jean Marc, 1956, *Contribution à l'étude du trans-sexualisme*, thèse de médecine, sous la direction de Jean Delay, Paris.

ALESSANDRIN Arnaud, 2012, ESPINEIRA Karine, THOMAS Maud Yeuse, « Soustraire les différences au diagnostic », revue *Ganymède*, Mai.

ALESSANDRIN Arnaud et FRANQUET Laetitia, « La sociologie visuelle à la rencontre des normes de genre », Actes du colloque, *L'image publique*, Rennes, 2011 [en ligne]

ALESSANDRIN Arnaud, 2012, « Droit, psychiatrie et corps Trans, le triple débordement », *Aux frontières du genre*, (dir.), Paris, L'Harmattan.

- 2012, « Cross Dressing », *La transidentité : des changements individuels aux débats de société*, (dir.), L'harmattan.

- 2012, « Marchés et carrières Trans », *La transidentité : des changements individuels aux débats de société*, (dir.), L'harmattan.

- 2008, « Le changement de sexe : entre injonctions et émancipations », mémoire de Master 2 recherche, sociologie, sous la dir. de François Dubet, Université Victor Segalen, Bordeaux.

ARIES Philippe, BEJIN André, 1992, « Sexualités occidentales », *Communications*, n°35, Seuil.

- 1992, « Réflexions sur l'histoire de l'homosexualité », *Communications*, n°35, Seuil.

ARTAUD Antonin, 1949, « Pour en finir avec le jugement de dieu », *Œuvres*, Gallimard.

- 1948, « Le Théâtre de la Cruauté », *Œuvres*, Gallimard.

Association du Syndrome de Benjamin (ASB), 2010, « Parcours d'obstacles », *Vacarme n°11*, dossier : « minorités les hommes, les femmes et nous : transsexuel/les et transgenres ».

AVANZA Martina, LAFERTE Gilles, 2005, « Dépasser la «construction des identités», Identification, image sociale, appartenance », *Geneses*, 61, p.134-152.

AVITAL Ronell, 2009, *Addict, fictions et narcotextes*, Bayard.

AYRAL Sylvie, 2011, *La fabrique des garçons : sanctions et genre au collège*, PUF.

BARTHES Roland, 1977, *Fragments d'un discours amoureux*, Seuil.

BAUDRY Patrick, 2004, *Violences invisibles*, Le Passant Ordinaire

- 1991, *Le corps extrême*, L'Harmattan

BAUER Martin, 2007, « Le fait accompli et son influence sociale » *Diogène*, n° 217.

BAUER Robin, 2009, « Queeriser les genres dans les 'communautés' gouines BDSM », *Les cahiers du genre*, « Les fleurs du mâle » (Bourcier M-H, Molinier P dir.), L'harmattan.

BEATIE Thomas, 2008, *Labor of Love : the story of one man's extraordinary pregnancy*, Berkeley, Seal Press.

BEAUBATIE Emmanuelle, GUILLOT Julie, 2011, « L'invisibilité FtM : aspects sociaux et politiques », *La transidentité : des changements individuels aux débats de société* (sous la dir. d'A. Alessandrin), L'harmattan.

BECK Ulrich, 2004, *La société du risque*, Flammarion.

BECKER Howard S., 2006, « The lay referral system », *Knowledge, Work & Society*, vol. 4.

BECKER Howard S., 2002, *Les ficelles du métier*, La découverte.

BECKER Howard S., 1988, *Les Mondes de l'art*, Flammarion.

BECKER Howard S., 1985, *Outsiders : étude de sociologie de la déviance*, Métailié.

BEJIN André, 1992, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *Communications*, n°35.

BELLEBEAU Brigitte, 2011, « *Judith Butler ou la question du genre en philosophie* », Mag Philo, CNDP. [en ligne]

BENJAMIN Harry, 1953, "Transvestism and Transsexualism", *International Journal of Sexology* n°7.

BERALS Marie-Laure, 2011, « Introduction », *Empan*, 3 n° 83.

BERGER Stefan, 2010, « Écrire le passé dans le présent : un regard anglo-saxon sur l'histoire », *Diogène* 1-2 n° 229-230.

BERSANI Léo, 2011, *Sexthétique*, EPEL.

- 2004, « Freud/Foucault, allers-retours », *Vacarme* 29.

BERTINI Marie Joseph, 2009, *Ni d'Eve ni d'Adam : défaire la différence des sexes*, Max Milo.

BOITTE Pierre, COBBAUT Jean Pierre, 2006, « Les défis d'une éthique de l'accès aux soins » *Revue d'éthique*, HS, n°241.

BONIERBALE Mireille, BORSTEIN Serge, MAZENOD Bruno, MOREL-JOURNEL Nicolas, LERICHE Albert, 2005, *Ce qu'il faut savoir sur le transsexualisme*. A.I.M. 106.

BONIERBALE M., LANCON C., MICHEL A., 2005, *Devenir des transsexuels opérés : le corps consommé*. *Information psychiatrique* n°6, vol. 81.

BONIERBALE Mireille, 1998, *Questions face au transsexualisme*. Synapse, n° 142.

BORDONADA Laure, 2010, « Questions de cadrage », *La Vie des idées*.

BORNSTEIN Kate, 1994, *Gender Outlaw*, New York, Routledge.

BORNSTEIN Serge, 1997, « Remarques sur le transsexualisme », *Journal français de Psychiatrie*, n° 5.

BORILLO Daniel, 2001, *L'homophobie*, Paris, PUF, « Que sais-je ? ».

BOTTERO Alain, 2005, « Le bistouri ou Lacan? Compte rendu de l'ouvrage de P.-H. Castel la métamorphose impensable », *Neuropsychiatrie*, Tendances et Débats, n°26.



BOURCIER Marie-Hélène, 2011, *Queer zone 3, identités cultures politiques*, Amsterdam.

- 2009, « technotesto : biopolitiques des masculinités tr(s)ans hommes », Les fleurs du mâle, *Les cahiers du genre*, L'harmattan.

- 2006, « Femmes travesties et pratiques transgenres : repenser et queeriser le travestissement », *Queer Zones*, Amsterdam.

- 1997, *Q comme queer*, éditions GKQ.

BOURCIER Marie-Hélène et MOLINIER Pascale, 2009, « Entretiens croisés avec Carine Bœuf, Morty Diamond, Jin Haritaworn, Vincent He-say, Jean Bobby Noble et Stephen Whittle. Masculinités queer, trans et post-trans : les rejetons du féminisme » in *Les fleurs du mâle : Masculinités sans hommes*, Les cahiers du Genre,

BOURDIEU Pierre, 1998, *La domination masculine*, Seuil.

- « La domination masculine », 1990, *actes de la recherches en sciences sociales* n°84.

BOURGEOIS Marc Louis, 2011, « Le spectre des dysphories de genre », *La transidentité : des changements individuels au débat de société* (dir. Alessandrin A.), L'harmattan.

- 2008, « Introduction », *Petit Mutatis Illustré* (Manuel de parcours Trans édité par l'association Mutatis Mutandis)

- « Le changement de sexe est-il un droit de l'homme ? » 1994, *Synapse*, Edito, n°105.

- 1980, « Transsexualisme, dysphorie de genre et troubles de l'identité sexuelle. Une expérience américaine. » *Annales Medico Psychologiques*, 138:472-80.

BROQUA Christophe, 2011, « La construction sociale de l'homosexualité », revue *Genre, sexualité et société*, hors serie 1.

- 2011, « Le rôle homosexuel [1968] » (traduction), revue *Genre, sexualité et société*, hors serie 1.

BRETON Jacques, 1985, *Le transsexualisme: étude nosographique et médico-légale*, (Rapport de médecine légale, congrès de psychiatrie et de neurologie, Besançon 1985), Paris, Masson, 205 p.

BRUBAKER, Rogers, 2001, « Au-delà de l'identité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 139.

BRUGERE Fabienne, 2008, *Le sexe de la sollicitude*, Seuil.

BRUNET GEORGET Jacques 2009, « De "l'erreur transsexuelle" à la performativité du sexe : pour une éthique du devenir », revue *e-LLA*, numéro 2.

BUREAU Jules, 1994, « Des Transgenders ? Une nouvelle étiquette pour une vieille réalité : la misère d'être un homme », in *Revue Sexologique*, Vol2 n°2.

BUTLER Judith, 2011, « Le corps est hors de lui », *Critique* n°764.

- 2010 « Retour sur les corps et le pouvoir », *Revue Incidences*, n°4, p 112, Félin.

- 2010, *Ce qui fait une vie. Essai sur la violence, la guerre et le deuil*, Zones.

- 2009, *Ces corps qui comptent*, Amsterdam.

- 2009, « Le transgenre et les "attitudes de révolte" », dans Monique David-Ménard (sous la direction de), *Sexualités, genre et mélancolie : s'entretenir avec Judith Butler*, Paris, Campagne première.

- 2007, *Le récit de soi*, PUF.

- 2006, *Défaire le genre*. Traduit de l'anglais (États-Unis) par Maxime Cervulle. Paris, Amsterdam.

- 2005, *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, Traduit de l'anglais (Etats-Unis) par Cynthia Kraus, Paris, La découverte.

- 2005, *Vie précaire*, Amsterdam, 2005.

CALIFIA Pat, 2008, *Sexe et utopie*, La Musardine.

- 2003, *Le mouvement transgenre : changer de sexe*, EPEL.

CARDON Patrick, 2009, « Post-queer : pour une « approche trans-genre. Ou Le trans-genre comme catégorie d'analyse », *DIOGENE*, 225.

CASTEL Pierre-Henri, 2007, « Le transsexuel, son ennemi idéologique et la liberté de choisir son « genre » : Ultime et vain plaidoyer pour *La métamorphose impensable* », Revue Mir.

- 2003, *La métamorphose impensable*, Gallimard.

CAULDWELL David, 1949, « Psychopathia Transexualis », *Sexology* n°16.

CECCARELLI Paulo Roberto, 1995, « La formation du sentiment d'identité sexuelle chez le transsexuel », Thèse de doctorat de psychanalyse, dir. Sophie de MIJOLLA-MELLOR,

CERVILLE Maxime, 2010, *Homo-exoticus, classe race et politique queer*, Armand Colin.

- 2009, « A plusieurs voix autour de Thérèse de Laurétis », revue *Mouvements*, La Découverte, n° 57.

CHABERT C., 1997, *Le rorschach en clinique adulte*, Dunod.

CHAMAK Brigitte, 2009, Autisme et militantisme : de la maladie à la différence, *Quaderni*, n°68.

- 2008, Les associations de parents d'enfants autistes : De nouvelles orientations, *Médecine/Sciences*, n°24.

CHAPERON Sylvie, 2004, « le genre et l'histoire contemporaine des sexualités », *Hypothèses*, 1.

CHAUVIN Pierre-Marie, 2010, *Le marché des réputations. Une sociologie du monde des vins de Bordeaux* Editions Féret.

CHILAND Colette, 2011, « Les mots et les réalités », *L'Information Psychiatrique*, n°87.

- 2010, *Changer de sexe : entre illusion et réalité*, Odile Jacob.

- 2003, *Le transsexualisme*, Que sais-je. PUF.

- 2007, *Changer de sexe*, Odile Jacob.

CHILAND Colette, CORDIER Bernard, « Transsexualisme », *Encyclopédie médicochirurgicale*, Elsevier, 2000.

COCCINELLE, 1987, *Coccinelle*, Filipacchi.

CORCOS Maurice, 2011, *L'homme selon DSM, Le nouvel ordre psychiatrique*, Albin Michel.

CORDIER Bernard, CHILAND Colette, GALLARDA Thierry, 2001, *Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, in Ann. Méd. Psychol., n°159.

COZZENS Susan, 1995, "Science, Government and the Politics of Knowledge." In *Handbook of Science and Technology Studies*, ed. Sheila Jasanoff et al, Sage Publications.

CUYPERE DE Griet, 2007, « Prévelance and démography of transsexualism in Belgium », *European Psychiatry*, 22.

CZERMAK Marcel, 1982, « Précisions sur la clinique du transsexualisme ». *Discours psychanalytique*, n° 3.

DARMON Murielle, 2008, « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*.

- 2003 *Devenir anorexique*, La découverte.

DEAN Tim, 2006, « Lacan et la théorie queer », *Cliniques méditerranéennes*, n°74.

DEFERT Daniel, 1994, « Un malade du sida peut-il être un réformateur social ? », *Esprit*, Juillet.

DELAISI Geneviève, 2004, *La part du père*, Seuil.

DELEUZE Gilles, 1977, *Dialogues*, Flammarion.

- 1968, *Différence et répétition*, Presses Universitaires de France.

DELEUZE Gilles, GUATTARI Félix, 1976, *Rhizome*, avec Éd. de Minuit.

DELMOTTE Axel, 2000, « les docteurs et la loi », *Vacarme* 11.

DELORME Wendy, 2007, *Quatrième génération*, Grasset.

DELPHY Christine, 2008, *Classer, dominer, qui sont les « autres » ?*, La fabrique.

DESCHAMPS Catherine, 2002, *Le miroir bisexuel*, Duvernet.

DESMOND Patrice, 2011, « Classifier les questions de genres et de sexualités sans stigmatiser ! Mais comment est-ce possible ? », *Information psychiatrique*, vol.87, n°4.

DESPENTES Virginie, 2006, *King Kong Théorie*, Grasset.

DOUCE Joseph, 1970, *La question transsexuelle*, lumière et justice.

DORLIN Elsa, 2009, *Sexe, race classe : pour une épistémologie de la domination*. Actuel Marx, Puf.

- 2008, *Sexe, genre et sexualités : introduction à la théorie féministe*, Paris, PUF, coll. « Philosophies ».

- 2006, « Pour une épistémologie historique du sexe », *Revue ARABEN*, « Les réceptions de la science ».

DRESHER Jack, 2010, “Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual (DSM)”, *Archives of Sexual Behavior*, 39.

DUAL Sandra, 1999, *Rencontre avec le 3e sexe*, édition G. Blanc.

DUBET François, 2007, *L'expérience sociologique*, La découverte.

- 2002, *Le déclin de l'institution*, Seuil.

- 1995, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil.

DUMONT Léa, 2011, « Présentation d'un guide employeur », *La transidentité : des changements individuels au débat de société*, (sous la dir. de A. Alessandrin), l'Harmattan.

EHRENBERG Alain, 2001, *La Maladie mentale en mutation Psychiatrie et société*, Odile Jacob.

EPSTEIN Steven, 2001, « Histoire du sida ». Tome 1 « Le virus est-il bien la cause du sida ? », Paris, Les Empêcheurs de penser en rond. 2001.

- 2001, *Tome 2 : La grande révolte des malades*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

ERIBON Didier, 2005, *Échapper à la psychanalyse*, Léo Scheer.

- 2003, *Dictionnaire des cultures Gays et lesbiennes*, Larousse.
- 2000, *Papiers d'identité, interventions sur la question gay*, Fayard.
- 1999, *Réflexions sur la question gay*, Fayard.

ESPINEIRA Karine, 2011, *Le bouclier thérapeutique, discours et limites d'un appareil de légitimation*, Le sujet dans la Cité, Revue internationale de recherche biographique n°2, *Habiter en étranger : lieux mouvements frontières*, Christine Delory-Momberger & Jean-Jacques Schaller, dir.

- 2011, « Transidentité : de la théorie à la politique. Une métamorphose culturelle entre pragmatisme et transcendance », *Information psychiatrique* vol ;87, n°4.
- 2008, *La transidentité, de l'espace médiatique à l'espace public*, L'harmattan.

ESPINEIRA Karine, THOMAS Maud Yeuse, 1997, « 2 lesbotrans se posent des Q », *Q comme Queer*, GKC.

FASSIN Eric, 2005, *L'inversion de la question homosexuelle*, Amsterdam.

FAURE Georges, 2004, « Transsexualisme et droit : état des lieux », *Éthique & Santé*, 1, Masson, Paris.

FAUTRAT Pascal, 2001, *De quoi souffrent les transsexuels ? (Psychopathologie clinique du changement de sexe)*, édition des archives contemporaines.

FERAY Jean-Claude, 1981, « Une histoire critique du mot hétérosexualité », *Revue Arcadi*, Janvier.

FILLIEULE Olivier, « Sociologie du militantisme : Problématisations et déplacement des méthodes d'enquête », *Penser les mouvements sociaux*, La découverte, 2010.

FLICHY Patrice, 1995, *L'innovation technique. Récents développements en sciences sociales, vers une nouvelle théorie de l'innovation*, éd. la Découverte.

FOESTER Maxime, 2006, *L'histoire des transsexuels en France*, H&O.

FOUCAULT Éric, 2001, *La nuit, tous les routiers sont gris*, Isthme édition.

FOUCAULT Michel, 2003, *Le pouvoir psychiatrique*, Gallimard Seuil.

- 2001, *Dits et écrits II*, Paris Gallimard, 2001.
- 1999, *Les anormaux : cours au collège de France*, Gallimard.
- 1992, « Le combat de la chasteté », *Communications*, n°35, Seuil.
- 1980, « Le vrai sexe », *Arcadie*, no 323, novembre.
- 1978, *Herculine Barbin, dite Alexina B*, Gallimard.
- 1976, *Histoire de la sexualité, Tome 1 : la volonté de savoir*, Gallimard, Collection : Bibliothèque des histoires.
- 1975, *Surveiller et punir*, Gallimard.
- 1963, *Naissance de la clinique*, PUF.
- 1962, *Maladie mentale et psychologie*, PUF.

FRAISSE Geneviève, 1996, *La différence des sexes*, Paris, PUF.

FREIDSON Eliot, 1984, *La profession médicale*, Payot.

FREUD Sigmund, 2004, *Le Président Schreber*, PUF.

FRIGNET Henry, 2008, « Fabrication du genre, effacement du sexe », « Sex and Gender », *bulletin lacanien* n°4, édition de l'Association Lacanienne Internationale.

- 2000, *Le transsexualisme*, Desclée de Brouwer.

GAIGNARD Lisa, 2009, « A plusieurs voix autour de Thérèse de Laurétis », revue *Mouvements*, La Découverte, n° 57.

GALLARDA Thierry, Amado I., Coussinoux S., Poirier M-F., Cordier B., Olié J-P., 1997, « Le syndrome du transsexualisme : aspects cliniques et perspective thérapeutique ». *L'Encéphale*, XXIII, 5.

GANNE-DEVONEC Marie-Odile, 1980, *Elle à lui, le transsexualisme au féminin*, Thèse de médecine, Nancy.

GARCIA Tristan, 2008, *La meilleure part des hommes*, Gallimard.

GARDEY Delphine, 2009, « Au cœur à corps avec le manifeste Cyborg de Donna Haraway », *ESPRIT*, Mars-Avril.

- 2006, « Les sciences et la construction des identités sexuées », *Annales histoires sciences sociales*, Editions de l'EHESS.

GARDEY Delphine et ILANA Löwy, 2000. *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du masculin et du féminin*. Paris, Archives Contemporaines/Histoire des sciences, des techniques et de la médecine.

GARFINKEL Harold, 2007, *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF.

GEOFFARD Pierre-Yves, 2009, « Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance », *Regards croisés sur l'économie*, n°5, La découverte.

GEROVICI Patricia, 2010, *Please select your gender: from the invention of hysteria to the democratizing of transgenderism*, Routledge.

GIAMI Alain, 2011, « Identifier et classer les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers », *L'information psychiatrique*, vol.87, n°4, avril.

- 1999, « Cent ans d'hétérosexualité », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 128.

GIAMI Alain, Le BAIL Jonas, 2010, « Infection à VIH et IST dans la population "trans" : une revue critique de la littérature internationale », Octobre.

GIAMI Alain, BEAUBATIE Emmanuelle, LE BAIL Jonas, 2011, « Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010 » *BEH (Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire)*, 42, novembre.

GODEFROY Hélène, 2008, « Changer de sexe : quand la demande se perd » , *La clinique lacanienne*/1 n° 13. p. 85-106

GOFFMAN, Erving, 2002, *L'Arrangement des sexes*, Paris, La Dispute.

- 2000, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Ed. de minuit.

- 1991, *Les cadres de l'expérience*, Ed. de minuit.



- 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Ed. de Minuit, Paris.

- 1974, *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.

GRAFEILLE Nadine, 2011, « Prise en charge du transsexualisme : l'exemple bordelais », *La transidentité : du changement individuel aux débats de société* (sous la dir. de Alessandrin A.) L'harmattan.

- 2002, « Éthique et transsexualisme », *Sexologies* vol.12, n°43.

GREEN Jamison, 2006, "Look! No, don't! The visibility dilemma of transsexual man", in WHITTLE Stephen, STRYKER Susan, *The Transgender Studies Reader*, Routledge.

GREEN Richard, 1978, « Sexual identity of 37 children raised by homosexual and transsexual parents » in *American Journal of Psychiatry*, n° 135.

GUATTARI Félix, 2007, *Micropolitiques*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris.

GUILLOT Julie, 2008, *De la clandestinité à la visibilité, trajectoire des garçons trans' / FtM*. Mémoire de Master 2 recherche, EHESS, Paris, sous la direction de Rose-Marie Lagrave.

GUILLOT Vincent, 2011, « Accompagner ou stigmatiser » *Information psychiatrique* vol87, n°4.

- 2008, « Intersexes : ne pas avoir le droit de dire ce que l'on ne nous a pas dit que nous étions », A qui appartiennent nos corps, *Nouvelles questions féministes*, Antipodes, vol.27, n°1.

GURIAN Michael, 2011, *Nos garçons, mieux les comprendre pour mieux les élever*, Albin Michel.

GRENIER Myriam, 2006, *"Papa, t'es belle". Approche anthropologique des paternités transsexuelles*. Mémoire de master II, sous la direction de HERAULT Laurence, Anthropologie, Aix-en-Provence. Université de Provence.

HACHER Nicolas, 2006, « ARV et hormones chez les trans' » revue *Transcriptases* n°130.

HALBERSTAM Judith, 2005, *In a Queer place and time, transgender bodies, subcultural lives*, NYU.

- 1998, *Female masculinity*, Londres, Duke University Press
- HALDANE John, 1924, *Daedalus, Or, Science and the Future*, Dutton.
- HALPERIN David, 1996, *Cent ans d'homosexualité et autres essais sur l'amour grec*, Paris.
- HAMMARBERG Thomas. *Droits de l'homme et identité de genre*. Document thématique. Commissaire européen des Droits de l'Homme. Octobre 2009.
- HARAWAY Donna, 2007, *Manifeste cyborg et autres essais*, Exils, essais.
- 2006, «Manifeste Cyborg : Science, technologie et féminisme socialiste à la fin du XXe siècle», *Mouvements*, no 45-46.
- HAS, *Situation actuelle et perspectives de prises en charge du transsexualisme en France*, rapport, 2009.
- HAUSSMAN Bernice, 1995, “*Changing sex, transsexualism, technology and the idea of gender*”, Duke University Press.
- HERAULT Laurence, 2011, « Le mari enceint : construction familiale et disposition corporelle », *Critique*, n°764.
- 2010, « Usages de la sexualité dans la clinique du Transsexualisme », *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 11, 3.
- 2004, « Constituer des hommes et des femmes : la procédure de transsexualisation », *Terrain* n°42, Homme/Femme.
- HERITIER Françoise, 2005, « *Homme, Femme, la construction de la différence* », éd. Le Pommier, cité des sciences.
- HILL Darryl, WILLOUGHBY Brian, 2005, ”The development and validation of the genderism and transphobie scale”, *Sex Roles*, vol.53, n° 7-8.
- HILL Darryl, 2002, “Genderism, transphobia, and gender bashing : A framework for interpreting anti-transgender violence.” In B. Wallace & R. Carter (Eds.), *Understanding and dealing with violence: A multicultural approach*. Thousand Oaks.
- HIRSCHFELD Magnus, 1918, *Sexualpathologie. Sexuelle Zwischenstufen*, Marcus & Weber.

- 1910, *Transvestites: The erotic drive to cross dress*, N.Y., Prometheus Books.

- 1910, “*Die Tranvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichen casuistischem und historischem Material*”, Pulvermacher, Berlin.

IACUB Marcela, 2009, « Transsexualisme et société », *Situation actuelle et perspectives de prises en charge du transsexualisme en France*, HAS.

- 2005 (*Entrevue avec*), « La famille réinventée », *La cause Freudienne*, « les nouvelles utopies de la famille », n°60, ECF

ISRAEL Lucien, Geissmann Pierre, 1960, « Le désir de changer de sexe chez les invertis psychosexuels », *Cahiers de Psychiatrie* n°14.

JACQUES Béatrice, 2009, « Quitter l'identité de malade, le cas des femmes atteintes de cancer du sein », *Faire Face au cancer. Image du corps, image de soi*. Florence COUSSON-GELIE, Emmanuel LANGLOIS, Marion BARRAULT (dir), Éditions Tikinagan.

JALLEY Emile, 2011, *Six manifestes contre le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*, Tome 1&2, L'Harmattan

JAURAND Emmanuelle, 2005, « Territoires de mauvais genre ? Les plages gays », *Géographie et cultures* n°54

JEANNE et ALESSANDRIN Arnaud, 2011, « Cross Dressing », *La transidentité, des changements individuels au débat de société*, L'Harmattan.

JEJCIC Marie, 2008, « Pour introduire à la lecture de trouble dans le genre de Judith Butler », in « *Sex and Gender* », Le Bulletin Lacanien n°4, édition de l'association lacanienne internationale.

JONES Amelia, 1998, *Body art : performing the subject*, University of Minnesota Press.

JORGENSEN Christine, 2000, *A Personal Autobiography*, Cleiss Press. (Première édition: 1967)

KATZ Jonathan, 2002, *L'invention de l'hétérosexualité*, Paris, Epel.

KAUFMANN Jean Claude, 2004, *L'Invention de soi. Une théorie de l'identité*, A. Colin.

- 2001, *Ego, pour une sociologie de l'individu*, Hachette littérature.

KESSLER Suzanne, 1990 «The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersex Infants». *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16.

KINSEY Alfred, 1954, *Le Comportement sexuel de la femme*, Amiot Dumont, Paris.

KIVITS J. , 2006, Informed patients and the Internet. *Journal of health psychology*, vol. 11.

KOSOFSKY Sedgwick Eve, 2008, *Epistémologie du placard*, (trad. de l'anglais par Maxime Cervulle), Amsterdam.

- 1993, "How to Bring Your Kids Up Gay", *Tendencies*, Duke University Press.

KRAFFT-EBING Richard von, 1886, "*Psychopathia sexualis with special reference to contrary sexual instinct: A medical-legal study.*" Stuttgart.

KRAUS Cynthia, 2008, « Démédicaliser les corps, politiser les identités: convergences des luttes féministes et intersexes », A qui appartiennent nos corps, Édito, *Nouvelles questions féministes*, Antipodes, vol.27, n°1.

KUNDERA Milan, 2001, *L'Art du roman*, Folio Gallimard.

HERVE Jane et LAGIER Jeanne, 1992, *Les Transsexuel(les)*, Paris, Bertoin.

LACAN Jacques, 1996, entretien avec Michel H, *Le Discours Psychanalytique* : « Sur l'identité sexuelle : à propos du transsexualisme », Éd. de l'Association freudienne, Paris.

- 1994, *La relation d'objet*, Seuil.

- 1975, *Encore*, Seuil, 1975.

LATOURE David, 2011, « Des élèves trans à l'école des filles et des garçons », Cahiers de pédagogie n°487 « filles et garçons à l'école ».

LATOURE Bruno, 2006, « Entretien avec Bruno Latour », réalisé par FOSSIER Arnaud et GARDELA Edouard, *Revue Tracé*, « Genres et catégories », n°10.

- 1993, « Une vue de l'esprit. Introduction à une anthropologie des sciences et des techniques », *Sciences de l'information et de la communication* (Dir. Bougoux D.), Paris, Larousse

- 1989 *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, Paris, La Découverte.

LAURETIS Theresa (de) 2007, *Théorie queer et cultures populaires. De Foucault à Cronenberg*, La dispute, le genre du monde.

LE BLANC Guillaume, 2011, *Que faire de notre vulnérabilité ?*, Bayard.

LE BLANC Guillaume et BRUGERE Fabienne, 2009, *Judith Butler, trouble dans le sujet, trouble dans les normes*, PUF.

LE BORGNE Catherine, 2007, « Concurrence et santé. Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner », *Sève, les tribunes de la santé*, Presses de Sc. Po. n°15.

LETT Didier, 2010, « Louis-Georges Tin, L'invention de la culture hétérosexuelle », *Clio 1/* n° 31.

LOCHARD Yves, SIMONET Maud, 2009, « Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels », *Sociologie des groupes professionnels* (dir. D. Demazière), La découverte.

LÖWY Ilana, 2000, « Entre contre-expertise et consommation avertie : le mouvement associatif anti-sida et les essais thérapeutiques », *Mouvements*, n°7.

LYOTARD François, 1979, *La Condition postmoderne*, Ed de minuit.

MACE Éric, 2012, « Paradigme du pouvoir vs paradigme de la domination », *Les usages de Michel Foucault*, Brugère Fabienne, Le Blanc Guillaume (dir.), PUF, Paris.

- 2011 « Les conséquences de la dépathologisation des identifications de genre trans' », *L'information psychiatrique*, vol.87, n°4.

- 2010, « Ce que les normes de genre font aux corps / ce que les corps trans font aux normes de genre », *Sociologie*, vol.1, PUF.

- 2003, « Le piège de la « cause des femmes ». Éléments pour un mouvement antisexiste post-féministe », *Cosmopolitiques, 4, Ce sexe qui nous dépasse*, Edition de l'aube.

MAGNAN Valentin, 1911, « Inversion du sens génital chez un pseudo-hermaphrodite féminin. Sarcome de l'ovaire gauche opéré avec succès », *Bulletin de l'académie nationale de médecine* n°65.

MALABOU Catherine, BUTLER Judith, 2010, *Sois mon corps, une lecture contemporaine de la domination et de la servitude chez Hegel*, Bayard

MARIN Maud, 1987, *le saut de l'ange : le calvaire de l'homme qui a voulu devenir femme*, Fixot.

MARTUCCELLI Danilo, 2010, *La société singulariste*, A. Colin.

- 2006, *Forgé par l'épreuve, l'individu dans la France contemporaine*. A. Colin.

- 2002, *Grammaires de l'individu*, Folio Gallimard.

MARTUCCELLI Danilo, Grégoire Lits, « Sociologie, Individu, Épreuves. Entretien avec Danilo Martuccelli », *Emulations*, Vol. 3, n° 5, Janvier 2009

MATEU Jacques (dir.) 2010, *Les assises du corps transformé : regards croisés sur le genre*, éditions « Les études Hospitalières ».

MEAD Margaret, 1949, *Male and Female : A Study of Sexes in a Changing World*, Greenwood.

MEYEROWITZ Joanne, 2002, *How Sex Changed*, Cambridge, Harvard University Press.

MIALET Jean Paul, 2011, *Sex aequo : le quiproquo des sexes*, A. Michel.

MICHAUX Henri, 1967, « Mouvements », *Face aux verrous*, Poésie Gallimard.

- 1946, « La vie double », *Epreuves exorcistes*, Poésie Gallimard.

MICHEL Aude, 2005, Vers une conceptualisation du transsexualisme, *Annales Médico-psychologiques*, vol 163, n°5.

MILLOT Catherine, 1981, *Horsexe, essai sur le transsexualisme*, Point, Paris.

MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia, 2009, *Qu'est ce que le care ?*, Payot.

MONEY John, 1952, *Hermaphroditism: An Inquiry into the Nature of a Human Paradox*. Thèse, Harvard.

MONEY, John and ANKE Ehrhardt. 1972. *Man & Woman, Boy & Girl: Gender Identity from Conception to Maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

MOREL Geneviève, 2008, *La loi de la mère*, Anthropos.

MOSCOVICI Serge, 1991, *Psychologie des minorités actives*, PUF

MOTMANS Joz. 2009, rapport « Être transgenre en Belgique, Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres ». Institut pour l'égalité des hommes et des femmes. Bruxelles.

NAGOSHI Julie, ADAMS Katerine, TERRELL Heather, HILL Eric, BRUZY Stéphanie, NAGOSHI Craig, 2008, "Gender differences in correlates with homophobia and transphobie", *Sex Roles*, vol.59.

NAMASTE Viviane, 2010, « 10 choses à savoir sur les trans' et le vih », revue *transcriptase* n°143, *Vulnérabilités*.

NICOT Stéphanie, AUGST MERELLE Alexandra, 2006, *Changer de sexe : identités transsexuelles*, Le cavalier bleu.

NOBLE Jean Bobby, 2008, « Masculinités queer, trans et post-trans, les rejetons du féminisme » (entretien croisés, réalisé par Marie Helene Bourcier), *Les fleurs du mâle*, Les cahiers du genre (codir. Marie Helene Bourcier et Pascale Molinier) n°45.

OPPENHEIMER Agnès. 1996, « L'impossible droit », *Sur l'identité sexuelle ; à propos du transsexualisme*, Association Freudienne Internationale, (Ouvrage coll.) le discours psychanalytique.

PALOMARES Elise et TESTENOIRE Armelle (codir.) , 2011 « Prismes féministes : Qu'est ce que l'intersexionnalité ? » *L'Homme et la Société* n°176, L'Harmattan.

PARSONS Talcott, 1951, *The social system*, New York, The Free Press.

PERETTI Marie Laure, 2009, *Le transsexualisme, une manière d'être au monde*, L'Harmattan.

PERREAU Bruno, 2009, « Eve Kosofsky Sedgwick », *Genre, sexualité & société*, Hommages, n°1, Printemps.

PHETERSON Gail, 2010, « Le féminisme pris aux pièges », *Genre, sexualité & société*, n°4.

PHILBERT Delphine, 2011, *Devenir celle que je suis*, Max Milo.

PIAT Colette, 1979, *Elles... les travestis ; la vérité sur les transsexuels*, Pocket.

PIQUART Julien, 2009, « Ni homme ni femme : enquête sur l'intersexuation », La musardine.

POUTRAIN Veronique, 2005, « Un corps sans limites : sadomasochisme et auto-appartenance », *Cités*, n° 21. PUF.

PRECIADO Bétariz, 2008, *Testo Junkie, sexe drogue e biopolitique*, Balland.

- 2006, « savoirs\_vampire@war », *Expertises : politiques des savoirs*, Multitudes n°20.

- 2000, *Manifeste contra-sexuel*, éd. Balland, Paris.

PROKHORIS Sabine, 2002, *Le sexe prescrit : La Différence sexuelle en question*, Flammarion.

PROST Antoine, 1996, *Leçons sur l'histoire*, Paris.

PUAR Jasbir, 2007, *Terrorist Assemblages: Homonationalism in Queer Times*, Durham, Duke University Press

QUEVAL Isabelle, 2008, *Le corps aujourd'hui*, Folio.

RAFFLES Hugh, 2002, « Les savoirs intimes », *Revue internationale des sciences sociales*, 3, 173

RAYMOND Janice, 1994, *Transsexual empire*, Seuil, Paris.

REUCHER Tom, 2011, « la transidentité entre 10 et 20ans », *La transidentité : des changements individuels aux débats de société* (Alessandrin Arnaud dir.), L'Harmattan.



- 2011, « Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique », *l'information psychiatrique*, vol ;87, n°4.
- 2005, *Quand les Trans deviennent experts*, Multitude
- 2002, *Ethnopsychiatrie, théorie queer et "transsexualisme" (syndrome de Benjamin) : pratiques cliniques*, Mémoire de D.E.S.S. de psychologie clinique, sous la direction de Françoise Sironi, Paris 8.
- 2000, *La sexualité des "transsexuels" (syndrome de Benjamin). Approche ethnopsychiatrique*. Mémoire de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Nathalie ZAJDE. Université-Paris 8.

REVEL Jacques (dir.), 1996, *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Gallimard, collection Hautes Études

ROUDINESCO Elisabeth, 2002, *La famille en désordre*, Fayard.

RUBIN Gayle, 2010, *Surveiller et jouir*, EPEL

- 2001, « Penser le sexe », in *Marché au sexe*, Ed. Epel, Paris, 2001
- 1998, « L'économie politique du sexe : transaction sur les femmes et système de sexe/genre » (trad. Nicole-Claude Mathieu), *Cahiers du CEDREF*.

RUFFIN Daniel, VILLE Isabelle, 2006, « Les expériences de santé comme vecteur de l'identité », *économie et statistique* n° 393-394

RUSPINI Elisabetta, 2011, *Monoparentalité, homoparentalité, transparentalité en France et en Italie*, L'Harmattan.

SAEZ Javier, 2008, *Théorie queer et psychanalyse*, Epel.

SANNA Maria Eleonora 2010, « Donna Haraway, Manifeste cyborg et autres essais. Sciences – Fictions – Féminismes », *Clio*, 2, n° 32.

SAND George, 2004, *Histoire de ma vie*, Classiques de poche.

SARNEL Romain, 2007, « Lieux de passages et transversalités : Pour une dynamique deleuzienne », *Le Portique*, n°20.

SASTRE Peggy, 2009, *Ex utero, pour en finir avec le féminisme*, La Musardine

SCHNAPPER Dominique 2005, « Idéal et limites de la mixité sociale : les arguments du débat public », *CNAF, Informations sociales*, /5 - n° 125

SCHEMAN Naomi, 1997, "Queering the Center by Centering the Queer: Reflections on Transsexuals and Secular Jews," in *Feminists Rethink the Self*, ed. Diana Tietjens Meyers, Westview Press.

SENGENES Sebastien, 2004, « D'un genre à l'autre : identité refusée, identité abandonnée » *Terrain* n°42, Homme/Femme

SERANO Julia, 2007, *Whipping girl, a transsexual woman on sexism and the scapegoating of feminity*, Seal edition.

SIMEANT Johanna, 2002, « Friches, hybrides et contrebandes, sur la circulation et la puissance militantes des discours savants », in Hamman, Philippe, Méon, Jean-Matthieu, Verrier, Benoît (dir.), *Discours savants, discours militants*, L'Harmattan, Collection « Logiques politiques », p.17-53.

SIMON Sophie, 2004, *Un Sujet de conversation*, Stock, Paris.

SIMONDON Gilbert, 1989, *Du mode d'existence des objets techniques*, Aubier.

SIMPSON George, 1985, *Racial and cultural minorities: an analysis of prejudice and discrimination*, Fifth edition.

SIRONI Françoise, 2011, *Psychologie(s) des transgenres été des transsexuel(le)s*, Odile Jacob.

- 2003, « Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique », *Pratiques Psychologiques*, « Les Nouveaux défis éthiques », n° 4, p.3-13

SOULE Bastien, 2007, « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches Qualitatives ?* Vol. 27, 127-140.

STAR S.L., GRIESEMER J. , 1989, “Institutionnal ecology, ‘Translations’, and Boundary objects : amateurs and professionals on Berkeley’s museum of vertebrate zoologie”, *Social Studies of Science*.

STOLLER Robert, 1978, *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*, Ed. Gallimard.

STONE Sandy, 1991, “The Empire Strikes Back. A Posstranssexual Manifesto”. *Body Guards*; Routledge.

STRYKER Susan, 2008, *Transgender history*, Avalon Publishing group.

STRYKE Susan, WHITTLE Stephen, 2006, *The Transgender Studies Reader*, Routledge.

TAURISSON Natacha et MARZANO Michela, 2005, « Transsexualisme, corps et changement d'identité », *Cités*1 n° 21.

THERY Irene, 2005, « Différence des sexes, homosexualité et filiation » « les nouvelles utopies de la famille », n°60, ECF

THOMAS Maud Yeuse, 2010, « De la question trans aux savoirs trans : un itinéraire », *Le sujet dans la cité*, 1.

- 2007, « La controverse trans », dossier *trans* révolution, mouvements.

TIN Louis Georges, 2008, *L'invention de la culture hétérosexuelle*, éd. Autrement, Paris.

TOURAINÉ Alain, 1974, *Pour la sociologie*, Points Seuil

TREPOS Jean Yves, 1996, *Sociologie de l'expertise*, PUF, coll. « Que sais-je ? »

TROVATO Ludwig, 2003, *Mon corps en procès*, Flammarion.

TYSZLER Jacques, 2008, « Quelques conséquences du refus de la différence des sexes », « Sex and Gender », *bulletin lacanien* n°4, édition de l'Association Lacanienne Internationale.

VEYNE Paul, 1992, « L'homosexualité à Rome », *Communications*, n°35, Seuil.

VISIÉRE Laurent, 2009, *Médecine, maladie, société : l'éthique médicale* (dir.), Suramps médical.

WELZER-LANG Daniel, 2005, « Le gueuloir bi ou comment la biphobie vient aux gais », *Psicologica Politica*, vol. 4, n°8.

- 1994, « L'Homophobie, la face cachée du masculin », in Welzer-Lang D., Dutey P-J., Dorais M. (dir.), *La Peur de l'autre en soi, du sexisme à l'homophobie*, Montréal, VLB.

WELZER-LANG Daniel, LE-TALEC Jean-Yves, TOMOLILLO Sylvie, 2000, *Un mouvement gai dans la lutte contre le sida : les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence*, l'Harmattan, collection « logiques sociales ».

WHITTLE Stephen, 2008, « Transgender eurostudy », Transgender Europe.

WRESINSKI J, 1974. « Le rôle des associations non gouvernementales », *Droit social*, n° 11.

ZOURABICHVILI François, SAUVAGNARGUES Anne, MARRATI Paola, 2004, *La Philosophie de Deleuze*, PUF, Paris.



## REFERENCES INTERNET

<p><b>SITES ASSOCIATIFS</b></p> <p><a href="http://www.acthe.fr/">www.acthe.fr/</a> <a href="http://www.actuparis.org/">www.actuparis.org/</a> <a href="http://www.aides.org/">http://www.aides.org/</a> <a href="http://www.cestpasmongre.com/">www.cestpasmongre.com/</a> <a href="http://chrysalidelyon.free.fr/">chrysalidelyon.free.fr/</a> Voir aussi : <a href="http://chrysalidelyon.free.fr/gatf/">chrysalidelyon.free.fr/gatf/</a> <a href="http://www.existrans.org/">www.existrans.org/</a> <a href="http://www.genrespluriels.be">www.genrespluriels.be</a> <a href="http://www.mutatismutandis.info">www.mutatismutandis.info</a> <a href="http://www.ortrans.org/">www.ortrans.org/</a> <a href="http://outrans.org/">outrans.org/</a> Voir aussi : <a href="http://transetvih.org/dtc/">transetvih.org/dtc/</a> <a href="http://pinkfreakx.e-monsite.com/">pinkfreakx.e-monsite.com/</a> <a href="http://www.sts67.org/">www.sts67.org/</a> <a href="http://www.trans-aide.com">www.trans-aide.com</a> <a href="http://transencolere.free.fr/">transencolere.free.fr/</a></p>	<p><b>SITES MEDICAUX</b></p> <p><a href="http://colette.chiland.monsite-orange.fr">http://colette.chiland.monsite-orange.fr</a> <a href="http://www.chet-plasticsurgery.com">http://www.chet-plasticsurgery.com</a> <a href="http://supornclinic.com/Welcome.html">http://supornclinic.com/Welcome.html</a> <a href="http://www.transsexualisme.info/">http://www.transsexualisme.info/</a> <a href="http://www.wpath.org/">http://www.wpath.org/</a></p> <p><b>SITES D'INFORMATIONS</b></p> <p><a href="http://natamauve.free.fr/">http://natamauve.free.fr/</a> <a href="http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/">http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/</a> <a href="http://syndromedebenjamin.free.fr">http://syndromedebenjamin.free.fr</a></p>
---	---



## Annexes





# EXISTRANS

N#15

~~TRANS-  
PHOBIE  
D'ÉTAT~~

~~DÉ~~PATHOLOGISATION

~~STÉRILISATION~~

~~DÉ~~PRÉCARISATION

~~EXPULSION~~

1ER OCTOBRE - DÉPART 14:00  
PLACE DE LA BASTILLE

---

Affiche pour l'Existrans 2011 par l'association OUTrans

**« Nos Corps Trans, Nous-mêmes »**

Le 8 mars marque la journée internationale des luttes féministes, luttes marquées depuis plus d'un demi-siècle par une revendication lourde de sens : le droit à disposer librement de nos corps. Cette idée qui a littéralement animé l'ensemble du mouvement féministe contemporain reste pour nous, personnes trans, plus que jamais d'actualité.

Les groupes de conscience féministes des années 70 ont été l'occasion pour un grand nombre de femmes de se réapproprier un savoir et un pouvoir sur leur corps. Corps qui n'était qu'un objet de la médecine et de la reproduction. Le mouvement féministe a alors permis à nombre de femmes de devenir sujets de leur propre corps, et de développer un savoir féministe sur leurs propres corps. C'est cela que nous revendiquons aujourd'hui.

Nous, personnes trans, sommes des produits de la médecine. Un grand nombre d'entre nous prend des hormones, a recours à la chirurgie, modifie sa voix, etc. Nous sommes ainsi, bien souvent prisEs dans une relation de subordination vis-à-vis des systèmes médicaux et nous retrouvons trop souvent dans des situations de violence de la part de médecins. Combien ont été maltraitéEs pour obtenir une ordonnance ? Combien ont du être scrutéEs, touchéEs, expertiséEs pour avoir des papiers ?

Il est grand temps que nous devenions sujets de nos propres corps et que nous détruisions et repensons les dispositifs d'oppression qui nous entourent ! Nous avons, depuis plusieurs années, maintenant développé un réel savoir endocrinologique, médical et juridique sur nos corps et nos identités.

Loin de se limiter aux questions de santé, ce contrôle médical n'est pour nous que le reflet d'une ingérence politique globale sur nos corps et nos identités. Il n'est que l'expression de l'hétérosexisme, système politique faisant de l'hétérosexualité la norme, du sexisme la règle et des hommes et des femmes cisgenres les seuls sujets possibles.

Ainsi, **nous réaffirmons notre droit à disposer de nos corps trans**, et :

- nous demandons une totale liberté des personnes trans dans le choix de leurs parcours (choix du traitement hormonal, choix des chirurgies, etc),
- nous demandons la possibilité d'une modification de l'état-civil sans aucune condition préalable,
- nous exigeons que les agressions et discriminations transphobes soient reconnues par la loi au même titre que les agressions et les discriminations sexistes.

**Nous n'oublions pas que les féministes cisgenres et les féministes trans ont un même combat : la lutte contre l'hétérosexisme !**



**LA TRANSPHOBIE TUE...  
PAS LE DÉPISTAGE.**

**LA MÉCONNAISSANCE DE SON STATUT SÉROLOGIQUE  
EST UN DES PREMIERS FACTEURS DE TRANSMISSION DU VIH ET DES IST.**

AVEC LE SOUTIEN DE L'IMPES



[WWW.OTTRANS.ORG/QUESTIONNAIRE-DEPISTAGE](http://WWW.OTTRANS.ORG/QUESTIONNAIRE-DEPISTAGE)

---

**Campagne de sensibilisation pour le dépistage du sida et des hépatites  
par l'association OUtans**

AUJOURD'HUI  
LE 20 NOVEMBRE



COMME CHAQUE ANNÉE  
C'EST LE T-DOR, LE JOUR DU SOUVENIR  
EN MÉMOIRE DES VICTIMES DE LA

**TRANSPHOBIE**

SIGNALEZ CES AGRESSIONS,  
SOUVENEZ-VOUS DES VICTIMES,  
REFUSEZ D'ÊTRE COMPLICES.

**SILENCE = MORT**

Affiche pour le T.Dor (2010)

**OUTrans**  
**TDOR**  
**20-11-11**

**EN**  
**RAGE.**

**PLUTÔT QU'EN DEUIL.**

**Affiche du T.Dor (2011) par l'association OUTrans**

## **Trans dépsychiatisés : on aimerait bien.**

Roselyne Bachelot-Narquin a annoncé la déclassification de la transidentité de la liste des « affections psychiatriques de longue durée ». Cette appellation entraine dans le cadre de la grille de remboursements de la Sécurité Sociale, mais n'a rien à voir avec le parcours de transition.

Autrement dit, rien ne change dans la vie des trans en dehors de la catégorie qui ouvre droit à un remboursement, et surtout pas la psychiatisation forcée.

Act Up-Paris reconnaît la portée symbolique de cette annonce, mais exige qu'elle se traduise concrètement dans le parcours de soins. Pour le Ministère de la Santé, les trans restent des malades mentaux ALES, qui doivent suivre un parcours médical protocolisé : suivi psychiatrique diagnostiquant un « trouble de l'identité de genre » pour obtenir une hormonothérapie et des opérations de modifications corporelles pour les trans qui le souhaitent. Le processus pour obtenir un changement d'état-civil reste long et difficile, et comprend des expertises psychiatriques et médicales souvent ressenties comme des viols.

La transphobie étatique continue.

Act Up-Paris ne se contente pas de l'annonce d'une mesure symbolique et continue d'exiger :

- ▶ la dépsychiatisation des trans, c'est-à-dire la liberté de faire une transition dans des conditions décentes, sans être soumisE au bon vouloir d'unE psychiatre,
- ▶ l'intégration de la transphobie à la liste des discriminations reconnues par la HALDE, et une enquête sur la transphobie,
- ▶ une réelle concertation associative autour du rapport de la HAS,
- ▶ une étude épidémiologique de la prévalence du VIH chez les trans.
- ▶ une étude clinique sur l'interaction entre hormones de substitution et ARV
- ▶ la simplification et l'humanisation des procédures de changement d'état civil.

**Communiqué de presse d'Act Up Paris (18 Mai 2009)**

## **Résolutions de l'Assemblée Générale des personnes trans 2010 Lundi 26 avril 2010, par Assemblée Générale des Trans**

L'Assemblée Générale des Trans à l'initiative de l'association OUTrans a réuni ce dimanche 25 avril 2010 une cinquantaine de participantEs, dont les associations Chrysalide, Trans-Europe, l'Intertrans, ACTHE, le MAG, les Flamands Roses, les Panthères Roses, IdentiT, le comité Idaho, Act Up-Paris, Mutatis Mutandis, Etudions Gayment et OUTrans, et une trentaine d'individu-e-s.

D'autres associations et collectifs ont fait connaître leur position par procuration, comme le GEsT, Trans-Aide et Pink FreaK'X.

C'est dans un contexte pressant dû au calendrier imposé par le Ministère de la Santé sur le projet de Centres de Référence que s'est tenue cette Assemblée Générale.

Si l'Assemblée a voté majoritairement contre le projet de centre de référence tel que proposé par la Haute Autorité de Santé dans son Rapport sur la prise en charge du transsexualisme, elle entend bien néanmoins participer activement aux réunions de travail avec le Ministère de la Santé.

Des personnes représentantes de l'Assemblée ont été mandatées pour porter les points suivants auprès du Ministère : absence de test de vie réelle, libre-choix du médecin, possibilité de parcours hors-centre de référence et remboursements assurés, absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres, élargissement des catégories professionnelles réunies dans ces centres par rapport aux équipes hospitalières existantes, non-obligation de l'hormonothérapie réversible, obligations des praticiens à contribuer à la communauté scientifique internationale, changement d'état-civil facilité, place décisionnaire des associations de personnes concernées dans les centres de référence, individualisation des parcours, y compris sur le plan corporel, prise de modèle sur les Plannings Familiaux. Par ailleurs, l'Assemblée Générale a voté la résolution suivante : Pour mettre en œuvre la dépsychiatisation des transidentités, la prise en charge de la transition doit exclusivement se fonder sur une déclaration de consentement éclairé sans aucune forme d'évaluation ou de diagnostic.

Dimanche 25 avril était organisée une Assemblée Générale Trans. À l'issue de cette assemblée, six personnes ont été éluEs et travailleront en équipe pour représenter la communauté dans le travail à venir de rédaction d'un cahier des charges (le Ministère ne souhaitant la présence que de 2 représentantEs maximum lors des réunions) :

Tom Reucher est le co-fondateur de l'ASB, ancien membre du Groupe Activiste Trans (GAT) et créateur d'un site de référence sur les questions trans. Il est psychologue clinicien, spécialiste des questions transidentitaires et intersexées et vit à Brest.

David Latour est président de l'association Chrysalide et doctorant en Histoire des Idées Américaines. Il connaît très bien les problèmes concrets qui peuvent se poser au cours d'un parcours de transition, animant des permanences et créant des réseaux de solidarité. Il est professeur et vit à Lyon.

Arnaud Alessandrin est doctorant en sociologie à l'université Bordeaux 2



Lalla Kowska-Regnier est une ancienne militante d'Act Up-Paris, une ancienne journaliste a Canal + et l'une des personnes à l'origine du manifeste trans « Notre corps nous appartient ». Elle soutient l'activité politique et d'entraide des trans à Paris, et fait le lien entre différents groupes. Elle est commerçante et vit à Paris.

Jessie Sarramea n'est pas membre active d'une association et a fait sa transition hors équipe protocolaire ; elle revendique cette position pour amener un point de vue plus frais et détaché sur la situation actuelle.

Elsa Pastor est membre d'OUTrans et du GEsT. Elle a une connaissance approfondie des équipes hospitalières actuelles et de la situation des trans sur le territoire français, grâce à son travail de thèse en sociologie. Elle vit à Chambéry.

Ces représentantEs ont été éluEs pour un mandat semi-impératif et se sont engagéEs à défendre les résolutions et le mandat de l'AG, ainsi qu'à rendre des comptes clairs et transparents sur leur travail à venir. Une liste a été créée suite à l'AG pour que toute personne qui le désire puisse être informée de l'avancée du travail\*.

Pour rappel voici le mandat voté par l'AG :

Absence de test de vie réelle,  
libre-choix du médecin, possibilité de parcours hors-centre de référence et remboursements assurés,  
absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres,  
élargissement des catégories professionnelles réunies dans ces centres par rapport aux équipes hospitalières existantes,  
non-obligation de l'hormonothérapie réversible,  
obligations des praticiens à contribuer à la communauté scientifique internationale,  
changement d'état-civil facilité,  
place décisionnaire des associations de personnes concernées dans les centres de référence,  
individualisation des parcours, y compris sur le plan corporel,  
prise de modèle sur les Plannings Familiaux.

Par ailleurs, l'Assemblée Générale a voté la résolution suivante :

**Pour mettre en œuvre la dépsychiatisation des transidentités, la prise en charge de la transition doit exclusivement se fonder sur une déclaration de consentement éclairé sans aucune forme d'évaluation ou de diagnostic.**

**Réponses de la SOFECT dans un document de travail fourni au ministère de la Santé  
en septembre 2010**

## Le refus du piège politique

Entièrement préoccupé par l'aspect politique du problème, le ministère de la santé ne remplit pas son rôle d'arbitrage entre les deux parties concernées à part égale, les médecins et les usagers. S'il s'agit bien d'un problème de société, le transsexualisme comporte aussi un aspect médical inévitable. Il semble difficile d'écarter plus longtemps du débat, comme cela a été le cas jusqu'à présent, les représentants de l'ensemble des médecins français impliqués dans ce problème difficile, et désormais regroupés dans le cadre de la SoFECT.

Uniquement concernés par les personnes transsexuelles qui demandent une aide médicale, les médecins de la SoFECT refusent l'amalgame politique qui est fait entre la population transsexuelle qui réclame une aide médicale, la population plus large des transgenres et divers autres aspects transidentitaires qui n'en réclament pas, et les problèmes de population ayant des comportements sexuels à risque et dont des sous-groupes peuvent recouvrir des problèmes d'identité sexuelle (prostitution, VIH, etc.). Il s'agit là de questions distinctes et indépendantes. Dans l'expérience des médecins de la SoFECT, la notion de transsexualisme n'est ni synonyme d'infection par le VIH, ni synonyme de prostitution, même si ces situations se rencontrent parfois et sont prises en charge spécifiquement.

Quoi qu'on en dise, la majorité des personnes présentant un transsexualisme a besoin de recourir à la médecine, en particulier pour les hormones et la chirurgie, après diagnostic différentiel. Le ministère de la santé doit donc accorder une oreille au moins aussi attentive aux équipes médicales qui sont en charge de ce problème en France, qu'aux personnes qui se déclarent concernées.

Toutes ces équipes médicales et chirurgicales sont désormais regroupées dans le cadre de la SoFECT.

Profondément soucieuse de parvenir non seulement à une solution acceptable par tous pour ce qui concerne la prise en charge médicale du transsexualisme en France, mais encore de l'inscrire de façon exemplaire dans une démarche d'évaluation et d'amélioration permanente de la qualité des soins, la SoFECT a rédigé le présent document de travail, qui contient ses réponses, ses propositions et ses solutions.

## Les réponses aux demandes des associations

---

Le rapport de la HAS indique que

*« Pour les associations de transsexuels, les procédures françaises actuelles sont trop lourdes. Ces associations refusent que la définition du transsexualisme l'inclue dans les troubles mentaux. Elles critiquent souvent sa prise en charge sociale et administrative, qu'elles estiment trop limitée et trop rigide. Certaines mettent en cause des protocoles de soins utilisés en France, qui conduiraient à de mauvais résultats fonctionnels et esthétiques. Elles aimeraient que le délai de deux ans entre le début du parcours de soins et la réassignation sexuelle retenu par certains protocoles soit réduit (le délai de mise en place du traitement hormono-chirurgical, jugé trop long, aurait conduit selon elles, certains patients à des gestes d'auto-mutilation). Elles souhaitent l'ouverture des équipes françaises aux pratiques internationales, censées être meilleures et réclament une prise en charge sociale et administrative plus souple (par exemple, remboursement de l'hormonothérapie hors AMM, changement d'état-civil et de numéro de Sécurité sociale sans obligation de subir une intervention chirurgicale, liberté de choix des professionnels de santé, en France ou à l'étranger...). »*

Le site Internet de Act Up Paris (<http://www.actupparis.org/spip.php?article3975>) donne le compte-rendu suivant d'une assemblée générale qui s'était tenue à Paris le 25 avril 2010, soit deux jours avant une réunion au ministère de la Santé.

*« L'Assemblée Générale des Trans à l'initiative de l'association OUTrans a réuni ce dimanche 25 avril 2010 une cinquantaine de participantEs, dont les associations Chrysalide, Trans-Europe, l'Intertrans, ACTHE, le MAG, les Flamands Roses, les Panthères Roses, IdentIT, le comité Idaho, Act Up-Paris, Etudions Gayment, Mutatis Mutandis et OUTrans, et une trentaine d'individu-e-s. D'autres associations et collectifs ont fait connaître leur position par procuration, comme le GESt, Trans-Aide et Pink Freak'X.*

*C'est dans un contexte pressant dû au calendrier imposé par le Ministère de la Santé sur le projet de Centres de Référence que s'est tenu cette Assemblée Générale.*

*Si l'Assemblée a voté majoritairement contre le projet de centre de référence tel que proposé par la Haute Autorité de Santé dans son Rapport sur la prise en charge du transsexualisme, elle entend bien néanmoins participer activement aux réunions de travail avec le Ministère de la Santé.*

*Des personnes représentantes de l'Assemblée ont été mandatées pour porter les points suivants auprès du Ministère :*

1. absence de test de vie réelle,
2. libre-choix du médecin, possibilité de parcours hors-centre de référence et remboursements assurés,
3. absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres,
4. élargissement des catégories professionnelles réunies dans ces centres par rapport aux équipes hospitalières existantes,
5. non-obligation de l'hormonothérapie réversible,
6. obligations des praticiens à contribuer à la communauté scientifique internationale, changement d'état-civil facilité,
7. place décisionnaire des associations de personnes concernées dans les centres de référence,
8. individualisation des parcours, y compris sur le plan corporel,
9. prise de modèle sur les Plannings Familiaux.
10. Par ailleurs, l'Assemblée Générale a voté la résolution suivante : *Pour mettre en œuvre la dépsychiatisation des transidentités, la prise en charge de la transition doit exclusivement se fonder sur une déclaration de consentement éclairé sans aucune forme d'évaluation ou de diagnostic.* »

Les réponses de la SoFECT à ces demandes sont les suivantes :

#### Absence de test de vie réelle

Cette demande est irréaliste. Les recommandations internationales (y compris celles de la WPATH) sont en général favorables à cette période qui, la plupart du temps, est mise en œuvre spontanément par les personnes diagnostiquées transsexuelles dans le but de se mettre en conformité d'apparence avec leur identité psychologique et dans leur environnement psychosocial. C'est de plus un indicateur de leur motivation au changement.

Cette période permet la mesure de la congruence, tant pour l'équipe médicale que pour la personne transsexuelle, de l'adaptabilité entre la demande et la mise en acte dans la vie réelle du sentiment identitaire. C'est une période favorable de travail vis à vis de l'acceptabilité de l'entourage en accompagnement avec l'équipe.

Les différentes sociétés savantes recommandent un an de test de vie réelle. Cette période est à adapter au cas par cas dans le parcours de soins intégré.

Libre-choix du médecin, possibilité de parcours hors-centre de référence et remboursements assurés

**Le libre choix du médecin est un droit fondamental des patients**, que chaque médecin a le devoir de respecter et de favoriser. Il faut toutefois souligner son caractère théorique dans certains cas, d'autant plus que la pathologie est rare et/ou que les compétences requises pour la prendre en charge sont ultra-spécialisées. C'est en particulier le cas pour la chirurgie du transsexualisme, mais aussi pour son diagnostic différentiel psychiatrique. Les spécialistes véritablement expérimentés y sont très rares, et sont par définition regroupés dans le cadre de la SoFECT.

Il faut en outre tenir compte du code de la sécurité sociale, et des règles de remboursement qui s'appliquent aux transports et aux soins lorsque le patient choisit de se faire traiter loin de la région où il habite et où existe une possibilité équivalente de soins. Dans la mesure où une organisation du réseau de soins peut être facilitée par le ministère de la santé en accordant aux centres régionaux les moyens qui leur sont nécessaires, les besoins seront couverts sur le sol national avec le libre choix du centre par la personne transsexuelle d'un centre de proximité, ce qui permettra d'éviter un nomadisme médical inadapté et coûteux.

Toutes les compétences médicales et chirurgicales existent en France depuis trente ans. **La situation actuelle n'est plus la même aujourd'hui qu'il y a 10 ou même 5 ans. Les équipes ont changé, les méthodes et les mentalités ont évolué.** Avec la structuration nationale qui est actuellement en cours avec la SoFECT, il n'y a plus aucune justification rationnelle pour un remboursement de la prise en charge à l'étranger, ni pour ce qui concerne l'offre de soins, ni pour ce qui concerne les techniques chirurgicales. **Le libre choix du médecin devrait donc obéir aux règles générales de l'assurance maladie sur le territoire national. Toute demande de dérogation à cette règle devrait être étayée par des faits et non par des opinions.**

C'est à la CNAM qu'il reviendra de trancher la question du remboursement. Il ne sert à rien d'agréer des centres de référence expérimentés si le remboursement de la prise en charge est indépendant du parcours de soins. Il semble aujourd'hui impossible de justifier de façon rationnelle de ne plus respecter les règles générales du remboursement de l'assurance maladie.

### Absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres

Cette demande d'absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres est non fondée. Dans tous les centres de la SoFECT en effet, toutes les personnes qui en font la demande sont reçues et font l'objet comme dans toute procédure médicale :

- d'une période d'évaluation diagnostique d'éligibilité à un traitement, dans le cas présent hormono-chirurgical,
- et de la décision de la période favorable à l'éligibilité à la phase chirurgicale selon leur terrain psychologique, médical, et les conditions environnementales.

### Élargissement des catégories professionnelles réunies dans ces centres par rapport aux équipes hospitalières existantes

Le vrai problème n'est pas en France d'augmenter le nombre des équipes de la SoFECT, mais de les renforcer, à différents niveaux, par des postes fléchés de psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, endocrinologues, chirurgiens plasticiens, urologues et gynécologues, infirmières de coordination, et secrétaires. Une aide concernant la recherche clinique et la maintenance du site Internet est par ailleurs indispensable pour remplir le cahier des charges de la HAS.

Parmi les priorités de la SoFECT, figure la formation continue des médecins généralistes, psychiatres, endocrinologues, et de tout médecin intéressé et concerné par la prise en charge et le suivi des personnes transsexuelles. Ces médecins ont naturellement vocation à intégrer le réseau de soins de la SoFECT. L'élargissement du réseau à des dermatologues (épilation électrique), ORL (cordes vocales, pomme d'Adam), orthophonistes, etc. est par ailleurs programmée.

Il est enfin souhaitable que des services sociaux et d'insertion, des associations travaillant avec l'ARS et en rapport avec des populations vulnérables puissent avoir place dans les unités fonctionnelles de diagnostic et d'évaluation de la SoFECT, ainsi que des ressources de conseil juridique.



Enfin, a SOFECT a déjà pris contact avec le secrétariat d'état chargé de la famille et de la Solidarité dans le but de souligner l'attention particulière ayant trait à 3 axes:

- Protection des enfants
- Formation des jeunes
- Acceptabilité des familles.

#### Non-obligation de l'hormonothérapie réversible

La phase d'hormonothérapie réversible fait partie de la mise progressive sous traitement adapté à la personne, permettant de mesurer les réponses cliniques et biologiques pour une adaptation personnalisée du traitement ; elle est d'ailleurs intégrée dans la période d'expérience en vie réelle.

Les médecins de la SoFECT sont actuellement et de plus en plus souvent gênés dans leur démarche d'évaluation initiale, par l'arrivée (40%) d'une population automédiquée ou incorrectement traitée selon les recommandations actuelles concernant l'instauration de l'hormonothérapie.

Cela devrait pouvoir faire l'objet de recommandations de la part du CNOM, de la CNAM, et de la DGOS, et d'un travail avec les associations pour réguler les messages d'automédications sur internet.

La formation continue des médecins à l'égard de la prise en charge médicale du transsexualisme fait enfin partie des missions de la SoFECT.

#### Obligations des praticiens à contribuer à la communauté scientifique internationale, changement d'état-civil facilité

Les médecins et chirurgiens membres de la SoFECT sont soumis comme tout le corps médical français à toutes les contraintes actuelles de la FMC, de l'EPP et du DPC. Sur le plan scientifique, la plupart assistent et communiquent aux congrès nationaux et internationaux dans le domaine de leur spécialité, et publient dans des revues à comité de lecture. Plusieurs sont membres de l'association internationale WPATH

et entretiennent des relations internationales dans le domaine de leur spécialité (visites de centres étrangers, etc.). Cette tendance ne peut que se développer et s'amplifier avec la reconnaissance officielle du rôle de la SoFECT.

En outre, les membres de la SoFECT travaillent la mise en place d'une FMC, et d'un enseignement universitaire réactualisés à la lumière de l'évolution actuelle des soins.

**A côté des obligations déontologiques des médecins, il ne faut pas oublier l'importance du suivi chirurgical dans la période postopératoire, et du suivi endocrinien à vie. Ce suivi, qui est parfois oublié par les personnes prises en charge, est par ailleurs indispensable pour évaluer et améliorer la qualité de la prise en charge.**

Pour ce qui concerne l'état-civil, les personnes prises en charge pour transsexualisme dans le cadre du réseau national de référence devraient certainement pouvoir bénéficier de procédures simplifiées et accélérées de changement d'état civil. La SoFECT a déjà entrepris des démarches dans ce sens auprès de la Direction des Affaires Civiles et du Sceau, au ministère de la justice.

#### Place décisionnaire des associations de personnes concernées dans les centres de référence

Le secret médical et le code pénal l'interdisent formellement. Le processus décisionnaire médical n'est pas celui d'un tribunal avec des procureurs et des avocats.

Mais il est certainement souhaitable que certaines associations puissent aider les personnes transsexuelles dans leurs parcours pour tout ce qui concerne ses aspects non médicaux.

#### Individualisation des parcours, y compris sur le plan corporel

Comme la médecine en général, le schéma proposé de la prise en charge médicale du transsexualisme est évidemment adapté à chaque cas, en fonction des conditions particulières.



## Prise de modèle sur les Plannings Familiaux

La référence au planning familial comme modèle du "consentement éclairé" revient à comparer l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la transformation hormono-chirurgicale (THC).

**Cette comparaison de l'IVG et de la THC est malvenue.** Après une IVG en effet, la femme n'a pas subi de transformation corporelle et ne nécessite pas un traitement et un suivi médical spécifique à vie, contrairement à la THC, qui implique une ablation d'organes sains et une hormonothérapie substitutive à vie. De plus, une IVG n'entraîne pas de modifications de l'état civil.

Pour mettre en œuvre la dépsychiatisation des transidentités, la prise en charge de la transition doit exclusivement se fonder sur une déclaration de consentement éclairé sans aucune forme d'évaluation ou de diagnostic. »

La question de la « psychiatisation » est un faux problème qui interprète la place du transsexualisme dans les livres de psychiatrie comme un indicateur de maladie mentale, alors qu'il ne s'agit que d'outils de diagnostics différentiels.

La place du psychiatre et celle du psychologue se justifient dans la phase d'évaluation, au démarrage de l'éligibilité adaptée des soins, et dans le suivi des soins pour accompagnement adapté.

Cette place est nécessaire pour que l'équipe médicale et chirurgicale puisse mettre en place un traitement adapté chez des personnes correspondant aux critères du transsexualisme et en l'absence de contre indications.

Les chirurgiens qui prennent la responsabilité d'opérer, les endocrinologues qui prennent celle de prescrire l'hormonothérapie hors AMM, ont un besoin formel de l'évaluation psychiatrique, qui permet de réaliser un diagnostic différentiel.

# Réponses aux propositions du rapport de la HAS

La Haute Autorité de Santé a publié en février 2010 un rapport intitulé « *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France* ». ([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport\\_transsexualisme.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf))

Le dernier chapitre de ce rapport est intitulé « *Conclusions, propositions et perspectives pour une structure d'offre de soins et un parcours de soins* » (p. 145 à 158). Voici son texte intégral.

Les commentaires de la SoFECT qui y répondent sont encadrés en bleu. On pourra vérifier ainsi que la création de la SoFECT a permis de répondre point par point à toutes les propositions de la HAS.

« Les propositions présentées ci-après sont regroupées en deux chapitres : un premier décrivant la structure générale de l'offre de soins, un second le parcours des différents soins ».

## I. PROPOSITION D'UNE STRUCTURE D'OFFRE DE SOINS

« Compte-tenu l'aspect multidisciplinaire, complexe et extrêmement spécifique des soins à offrir, il paraît très souhaitable que cette offre soit structurée en un réseau organisé autour d'équipes de référence pour dispenser des soins de grande qualité. Cette possibilité s'inscrit dans la proposition de directive 9948/10 relative à « *l'application des droit des patients en matière de soins transfrontaliers* » adoptée par la Commission européenne le 2 juillet 2008. Ce texte prévoit l'amélioration de la coopération européenne dans le secteur des soins par la mise en place de réseaux européens de référence réunissant des centres spécialisés dans différents états membres. »

La proposition de la SoFECT est celle d'un **réseau national**, structuré selon le réseau historique existant des équipes régionales, chacune fonctionnant elle-même en réseau. Les 6 équipes régionales sont celles de Paris, Lyon, Marseille, Nice, Montpellier et Bordeaux.

### 1.1. Equipes de référence multidisciplinaires

« Elles devraient être reconnues et constituées notamment de psychiatres (associés ou non aux psychologues), d'endocrinologues et de chirurgiens (plasticien, urologue, gynécologue) ».

Chacun des 6 centres régionaux de la SoFECT est constitué par une **équipe multidisciplinaire** associant de façon historique des psychiatres, des psychologues, des endocrinologues, et des chirurgiens plasticiens, urologues, et gynécologues.  
Ce sont eux qui constituent les membres fondateurs de la SoFECT.

« A côté de ces professionnels et du personnel habituel des services (infirmier, assistante sociale, ...), le bon fonctionnement de chaque équipe serait favorisé par l'existence d'un coordinateur chargé de l'accueil et de l'orientation des transsexuels, de l'organisation des consultations, du suivi des patients, ainsi que du recueil des données en vue de la tenue d'un registre national qui permettrait d'acquérir des données qui font défaut aujourd'hui (voir ci-dessous) ».

Chaque équipe régionale de la SoFECT a déjà désigné en son sein une **personne chargée de sa coordination** : accueil et orientation des demandes, organisation des consultations.

La répartition géographique des centres sur le territoire national doit permettre de répondre à la majorité des demandes par l'intermédiaire de la coordination régionale de chaque centre. A défaut, et pour les cas particuliers, le secrétariat général de la SoFECT assurera la coordination nationale et la répartition dans les centres.

Quant à la préconisation de la tenue d'un registre national, elle s'apparente à la déclaration obligatoire de certaines maladies et apparaît incompatible avec la préconisation de l'absence d'obligation pour les transsexuels à s'adresser à une structure de référence (voir plus loin).

Les données recueillies dans les centres serviront à des publications scientifiques, de nature éventuellement épidémiologique.



« La participation d'un juriste dans les équipes pluridisciplinaires apporterait la fluidité nécessaire à la coordination entre le travail médical et les démarches administratives ».

Plus que la participation d'un juriste, la SoFECT souhaite une simplification et une accélération des procédures juridiques de changement d'état civil pour les personnes prises en charge par son réseau.

Elle a déjà entrepris des démarches dans ce sens auprès de la Direction des Affaires Civiles et du Sceau, au ministère de la justice.

« Dans ces équipes de référence, la question de l'infection par le VIH devrait aussi être traitée compte-tenu du pourcentage élevé de transsexuels présentant cette infection et des interactions pharmacologiques entre les antirétroviraux et les hormones. Une structure spécifique a d'ailleurs été recommandée par le rapport Yeni 2008 (99) ».

Dans l'expérience des médecins de la SoFECT, la notion de transsexualisme n'est ni synonyme d'infection par le VIH, ni synonyme de prostitution.

Le rapport de la HAS ne fait allusion qu'à deux méta-analyses concernant les Etats-Unis. Les chiffres français de la prévalence du VIH parmi les personnes transsexuelles ne sont pas connus. Ils n'atteignent certainement pas 20% des cas.

La représentation cette sous population doit être étudiée à la lumière des critères diagnostiques et des milieux répondeurs (associatifs ou de suivi extra-hospitalier).

Quoi qu'il en soit, chacune des équipes régionales de la SoFECT travaille évidemment en collaboration avec un service hospitalier d'inféctiologie compétent pour la prise en charge et le suivi de l'infection par le VIH.

« Le caractère multidisciplinaire des équipes semble indispensable pour une évaluation et une prise en charge globale de la personne transsexuelle d'une part et pour une coordination efficace des soins dispensés d'autre part ».

La SoFECT rassemble par ses statuts toutes les professions concernées par la prise en charge des personnes transsexuelles.

« Compte-tenu du caractère très spécifique des soins dispensés aux transsexuels, ces équipes multidisciplinaires peuvent être constituées dans des centres de référence dont le nombre doit à la fois répondre aux besoins de la population transsexuelle et avoir une distribution géographique pour couvrir les besoins sur le territoire national.

Cette organisation en équipes de référence multidisciplinaire est largement pratiquée dans différents pays d'Europe pour la prise en charge des transsexuels et plus généralement pour la prise en charge des situations cliniques rares et/ou complexes.

Il convient de réfléchir au nombre optimal d'équipes dans notre pays. Ce nombre est difficile à déterminer vu le manque de données épidémiologiques françaises. Ce qui importe toutefois, c'est qu'il y ait adéquation entre l'offre de soins et le nombre de transsexuels requérant des soins. Actuellement, les professionnels de santé et les transsexuels auditionnés décrivent une insuffisance substantielle de l'offre de soins et une insuffisance de coordination. Les équipes ne devraient pas être trop nombreuses pour avoir une activité suffisante afin d'acquérir puis de maintenir un bon niveau de compétences, en particulier pour la chirurgie. La qualité du service rendu par ces équipes devrait être assurée par différents moyens à déterminer précisément (autorisation, agrément, accréditation de l'équipe, de ses membres...).

Ces équipes pourront être les équipes publiques existant déjà actuellement ».

Le nombre actuel des équipes régionales multidisciplinaires constitutives de la SoFECT est de 6. La population française étant de 60 millions d'habitants, ce nombre correspond exactement à celui de la Belgique, qui est prise comme référence par la HAS, et où il existe un seul centre de référence pour une population de 10 millions d'habitants.

Le vrai problème n'est donc pas en France d'augmenter le nombre de ces centres, mais de renforcer chacune de leurs équipes, à différents niveaux.

« De nouvelles pourront également être constituées. Lors de la réalisation de ce travail, il n'est pas apparu d'éléments justifiant un exercice uniquement public pour les équipes qui pourraient donc être publiques, libérales ou mixtes. Le critère primordial étant la qualité des soins dispensés par ces équipes. La proposition faite ici n'est pas un *statu quo*. La notion d'équipe n'implique pas forcément une unité de lieu (par exemple tous les membres exerçant dans le même établissement) ; il faut néanmoins que les professionnels qui la composent puissent communiquer régulièrement et fréquemment pour coordonner leurs soins ».

Du moment que la qualité des soins est comparable, toutes les solutions sont possibles, et en particulier celle du Canada, souvent cité en exemple, où la prise en charge du transsexualisme est exclusivement privée, et où elle n'est pas prise en charge par l'assurance maladie. Il en va de même aux Etats-Unis et en Thaïlande.

La SoFECT souligne qu'il s'agit là d'un choix de société, d'une décision politique, et non médicale.

## 1.2. Réseau de soins

« Les centres de références multidisciplinaires devraient travailler en réseau avec les professionnels de santé, assurant le relais de la prise en charge à proximité du domicile du patient.

Le réseau entourant les équipes multidisciplinaires serait composé de professionnels de santé en lien étroit, régulier et formalisé avec elles. Ces correspondants participeraient en particulier au premier contact entre les transsexuels et le système de soins, au suivi des transsexuels éloignés géographiquement des équipes, au suivi des transsexuels avec des traitements stables, comme par exemple l'hormonothérapie. Ils assureraient également un lien entre les équipes et les transsexuels. Les médecins traitants des transsexuels devraient évidemment faire partie de ce réseau, ainsi que tout professionnel de santé pouvant être amené à dispenser des soins « complémentaires » aux grandes étapes du parcours à savoir les chirurgiens maxillo-faciaux, les dermatologues, les orthophonistes... Actuellement, la réalisation de ces soins apparaît, au moins dans certains cas, isolée par rapport aux soins pratiqués dans les centres. L'intégration de ces professionnels leur permettrait d'avoir une connaissance plus complète du parcours déjà effectué par le transsexuel qui vient les consulter. Ce réseau comprendrait également des personnes de différents horizons désirant s'investir dans la prise en charge du transsexualisme ; les associations de transsexuels intéressées pourraient ainsi participer ; des travailleurs sociaux auraient également une plus value vu les difficultés que la société peut opposer aux transsexuels. Au final, le but de ce maillage réseau-centres est d'offrir des soins aussi complets que possible, de manière coordonnée ».

Dans son objet, la SoFECT a en particulier pour missions « l'enseignement, la formation, l'information, l'organisation, et la coordination de la prise en charge en France des problèmes relatifs à l'identité de genre ».

Parmi ses priorités figure la formation continue des médecins généralistes, psychiatres, endocrinologues, et de tout médecin intéressé et concerné par la prise en charge et le suivi des personnes transsexuelles. Ces médecins ont naturellement vocation à intégrer le réseau de soins de la SoFECT.

L'élargissement du réseau à des dermatologues (épilation électrique), ORL (cordes vocales, pomme d'Adam), orthophonistes, etc. est par ailleurs programmée.

Les règles du secret médical et le code pénal interdisent formellement aux associations de patients de participer au processus décisionnaire médical. Mais il est certainement souhaitable que certaines associations puissent aider les personnes transsexuelles dans leurs parcours pour tout ce qui concerne ses aspects non médicaux.

Il est enfin souhaitable que des services sociaux et d'insertion, des associations travaillant avec l'ARS et en rapport avec des populations vulnérables puissent avoir place dans les unités fonctionnelles de diagnostic et d'évaluation de la SoFECT, ainsi que des ressources de conseil juridique.

« Le premier contact avec le système de santé devrait faire l'objet d'une réflexion particulière. Les informations nécessaires à un premier entretien devraient être accessibles aux professionnels n'appartenant pas à un réseau ou à un centre. Cet entretien devrait représenter un moment d'écoute, de discussion et de réflexion, distinct du parcours de soins ».

La SoFECT s'est dotée d'un site Internet ([www.sofect.org](http://www.sofect.org)) dont la partie publique est destinée à la fois à l'information du grand public et à celle des professionnels n'appartenant pas à un réseau ou à un centre.

Le financement de ce site Internet, de sa maintenance et de son animation devrait donc faire partie des moyens octroyés.

« La préconisation de la mise en place d'un réseau de soins entourant quelques équipes de référence ne signifie nullement une obligation pour les transsexuels à s'adresser à cette structure, ce qui serait d'ailleurs contraire à la loi qui précise que chacun peut choisir librement son médecin. Cette préconisation signifie simplement que seraient mis à disposition des transsexuels des professionnels compétents pouvant répondre de manière coordonnée, sur l'ensemble du territoire, efficacement à leurs demandes ».

**Le libre choix du médecin est un droit fondamental des patients**, que chaque médecin a le devoir de respecter et de favoriser. Il faut toutefois souligner son caractère théorique dans certains cas, d'autant plus que la pathologie est rare et/ou que les compétences requises pour la prendre en charge sont ultra-spécialisées. C'est en particulier le cas pour la chirurgie du transsexualisme, mais aussi pour son diagnostic différentiel psychiatrique. Les spécialistes véritablement expérimentés y sont très rares, et sont par définition regroupés dans le cadre de la SoFECT.

Il faut en outre tenir compte du code de la sécurité sociale, et des règles de remboursement qui s'appliquent aux transports et aux soins lorsque le patient choisit de se faire traiter loin de la région où il habite et où existe une possibilité équivalente de soins. Dans la mesure où une organisation du réseau de soins peut être facilitée par le ministère de la santé en accordant aux centres régionaux les moyens qui leur sont nécessaires, les besoins seront couverts sur le sol national avec le libre choix du centre par la personne transsexuelle d'un centre de proximité, ce qui permettra d'éviter un nomadisme médical inadapté et coûteux.

Enfin, cette recommandation rend illusoire celle qui concerne la tenue d'un registre national (voir plus haut).

### I.3. Moyens nécessaires

« Les moyens nécessaires aux équipes et au réseau devraient être mis à disposition des soignants, qu'il s'agisse de personnel, de formation, de locaux, de matériels... pour pouvoir prendre en charge les transsexuels dans de bonnes conditions et dans des délais raisonnables et éviter ainsi que les étapes ne soient pas allongées, en particulier la phase diagnostique, pour des raisons de rendez-vous trop éloignés, que certains ne se fournissent en hormones hors du réseau sécurisé des pharmacies et ne s'adressent à des praticiens isolés et / ou ne possédant pas la compétence nécessaire ».

**Pour améliorer la qualité de la prise en charge médicale du transsexualisme et offrir à tous des délais raisonnables, le vrai problème n'est pas en France d'augmenter le nombre des centres, mais de renforcer chacune de leurs équipes, à différents niveaux.**

Afin de pouvoir se structurer en unités fonctionnelles d'évaluation et de mise en place d'un traitement hormono-chirurgical, les équipes doivent en effet être pourvues de postes fléchés de psychiatres, pédopsychiatres et psychologues, endocrinologues, chirurgiens plasticiens, urologues et gynécologues, infirmière de coordination, et secrétaires.

« Des actions devraient être menées pour que les équipes et le réseau soient connus des transsexuels et des autres professionnels de santé, afin que les patients puissent être rapidement pris en charge et que les membres de ces équipes soient reconnus par leurs collègues, leurs pairs et leurs administrations. Les professionnels nous ont en effet non seulement alertés sur le manque patent de moyens mais aussi sur un certain ostracisme du système de santé, ainsi que sur la difficulté à recruter de nouveaux praticiens. Il semble donc opportun de fournir à ces professionnels de santé un soutien financier et moral ; et de sensibiliser les professionnels de santé à ce sujet lors de leur formation initiale ou continue ».

Après plusieurs dizaines d'années de travail dans l'ombre, sans aucun moyen spécifique, les médecins et chirurgiens de la SoFECT acceptent toute forme de reconnaissance matérielle et morale de la part des pouvoirs publics.



« Les moyens mis à disposition des équipes et du réseau devraient permettre de fédérer l'ensemble des professionnels français et de les insérer au niveau international en partageant leur expérience par la participation à des formations, aux congrès internationaux, à des projets de recherches multicentriques, ou par la publication de leurs résultats. Très peu de publications de qualité ont en effet été identifiées lors de l'élaboration de ce rapport. Par cette activité internationale, les professionnels français pourraient donc prendre une part active dans les groupes de travail et publications européennes et internationales, puis participer à l'élaboration des futures versions des nomenclatures et recommandations internationales ».

Les travaux de recherche clinique et les publications nécessitent du temps et des moyens. On ne peut faire reproche aux praticiens français de manquer des deux, tout entièrement occupés qu'ils sont par les soins. Une aide fléchée des pouvoirs publics est donc indispensable pour atteindre cet objectif.

Il ne faut pas oublier pour autant que les médecins et chirurgiens membres de la SoFECT sont soumis comme tout le corps médical français à toutes les contraintes actuelles de la FMC, de l'EPP et du DPC. Sur le plan scientifique, la plupart assistent et communiquent aux congrès nationaux et internationaux dans le domaine de leur spécialité, et publient dans des revues à comité de lecture. Plusieurs sont membres de l'association internationale WPATH et entretiennent des relations internationales dans le domaine de leur spécialité (visites de centres étrangers, etc.).

Cette tendance ne peut que se développer et s'amplifier avec la reconnaissance officielle du rôle de la SoFECT.

« La formation des professionnels est un autre point clef et on ne peut que préconiser une formation au niveau européen dans des domaines aussi spécialisés, notamment concernant la chirurgie. Ce type d'organisation ne peut qu'améliorer la qualité des soins et il pourrait s'appuyer sur des structures existantes ».

**Les médecins et chirurgiens de la SoFECT ne peuvent plus accepter aujourd'hui de tels sous-entendus, qui sont proches de la diffamation.** En particulier les rares chirurgiens de la SoFECT ont à cœur leurs obligations déontologiques. Ils n'ont pas attendu les recommandations de la HAS pour se former de façon continue, notamment par les voyages et les visites d'équipes, européennes et mondiales, et la participation aux congrès internationaux de leurs spécialités.

La constitution de la SoFECT, structure d'échange d'information, d'enseignement et de formation, est une preuve indirecte supplémentaire de l'engagement volontaire des praticiens dans une telle démarche.

« En échange de ses moyens mis à disposition, ces équipes et ce réseau devraient régulièrement attester de la bonne qualité de leur fonctionnement et de leurs soins, par un système d'accréditation, certification, labellisation, ..., comparable à ceux mis en place dans d'autres situations ».

La culture de l'évaluation est entrée dans les mentalités des médecins français, qui s'y plient dorénavant en permanence. Les membres de la SoFECT seront donc particulièrement heureux de pouvoir participer à un système d'accréditation et d'évaluation de la qualité de leur travail. Encore faut-il que la première partie de la phrase précédente soit réalisée, c'est-à-dire **que les moyens de travail qu'ils réclament leurs soient effectivement accordés.**

#### 1.4. Soins à l'étranger

« En attendant que ce système se mette en place, se pose la question d'accepter des interventions faites à l'étranger. Tant que l'offre de soins ne sera pas suffisante, cela semble opportun, à condition toutefois qu'il existe une coopération entre les équipes françaises et les équipes étrangères dans lesquelles seront reçus les transsexuels français et que l'accès à des soins de qualité soit assuré et encadré par les pouvoirs publics français. Ce recours à des soins à l'étranger peut également s'envisager pour des techniques chirurgicales non réalisées en France ».

Les médecins et chirurgiens de la SoFECT ne peuvent plus accepter aujourd'hui de tels sous-entendus.

Toutes les compétences médicales et chirurgicales existent en France depuis trente ans. **La situation actuelle n'est plus la même aujourd'hui qu'il y a 10 ou même 5 ans. Les équipes ont changé, les méthodes et les mentalités ont évolué.** Avec la structuration nationale qui est actuellement en cours avec la SoFECT, il n'y a plus aucune justification rationnelle pour un remboursement de la prise en charge à l'étranger, ni pour ce qui concerne l'offre de soins, ni pour ce qui concerne les techniques chirurgicales.

Le libre choix du médecin devrait donc obéir aux règles générales de l'assurance maladie sur le territoire national. Toute demande de dérogation à cette règle devrait être étayée par des faits et non par des opinions.

#### I.5. Aspects juridico-administratifs

« Le présent rapport met en évidence les problèmes administratifs, d'ordre judiciaire et en lien avec l'Assurance maladie principalement, qui compliquent la prise en charge médicale des transsexuels et contribuent substantiellement au mécontentement exprimé par certains d'entre eux. Il serait donc souhaitable que la structure de l'offre de soins pour les transsexuels intègre ces aspects. Dans cette réflexion globale, devraient notamment être inclus les points suivants qui méritent d'être améliorés :

- la variabilité de traitement selon la juridiction ;
- la nécessité de recourir à une expertise médicale pour l'obtention de ces papiers alors que le patient vient d'être pris en charge par une équipe médicale ;
- l'obtention complexe et lente des nouveaux « papiers d'identité » (carte nationale d'identité, état-civil, numéro de sécurité sociale), laissant les personnes avec des papiers ne correspondant pas à leur genre apparent pendant plusieurs années ;
- la variabilité de traitement selon la caisse primaire d'Assurance maladie, pour tous les soins non inscrits sur les listes de produits ou d'actes pris en charge ; la prise en charge financière des soins prévus dans le parcours de soins ne devant pas aboutir pour la chirurgie « périphérique » à la prise en charge des interventions de pure esthétique ;
- le remboursement de l'hormonothérapie hors-AMM ;
- l'absence de tarification de la chirurgie de réassignation dans la CCAM, la limitant de fait aux établissements publics ;
- le remboursement des soins via une mise en ALD, aujourd'hui limitée à certains transsexuels seulement (ceux avec des troubles d'identité de genre précoce) et via une ALD ressentie comme stigmatisante, celle des « affections psychiatriques de longue durée ».

La SOFECT a déjà pris contact avec la CNAMTS, le CNOM, et la Direction des Affaires Civiles et du Sceau au ministère de la justice, dans le but d'obtenir :

- une simplification et un raccourcissement de la durée des formalités juridiques de changement d'état-civil pour les personnes prises en charge par son réseau
- une revalorisation du GHM chirurgical lié au transsexualisme
- une clarification des règles de prescription et de remboursement de l'hormonothérapie

#### 1.6. Acquisition de nouvelles données

« Ce rapport a permis de constater que sur de nombreux aspects, très peu de données avaient fait l'objet de publications scientifiques permettant d'assurer une certaine solidité des connaissances. Des études devraient donc être mises en place, par exemple en ce qui concerne :

- les données épidémiologiques et sociologiques sur les transsexuels ;
- l'apport des tests psychologiques à la phase diagnostique ;
- les effets à long terme des traitements hormonaux et leur amélioration ;
- les possibles interactions médicamenteuses pouvant survenir lorsqu'un transsexuel sous hormonothérapie doit parallèlement être traité pour une pathologie ; parmi ces pathologies, devraient être vue prioritairement l'infection par le VIH (données non disponibles en France) ;
- la rééducation orthophonique nécessaire à la plupart des transsexuels MtF ;
- les techniques chirurgicales, notamment les plus nouvelles ;
- les données à long terme sur l'hormonothérapie, la chirurgie de réassignation et la transition en général.

La tenue d'un registre national par les équipes et le réseau permettrait de répondre à ces questions ».

La tenue d'un registre national par le réseau n'a de sens épidémiologique que s'il est exhaustif, ce qui est une exigence incompatible avec la préconisation de l'absence d'obligation pour les transsexuels à s'adresser à une structure de référence.

La SoFECT souligne le fait qu'il y a là un choix politique, et non médical. On ne peut pas avoir tout et son contraire. Soit le transsexualisme est considéré comme devant être à déclaration obligatoire quelle que soit la structure de soins, soit le statu quo relatif à la méconnaissance des données épidémiologiques est maintenu.

Le nombre des cas pris actuellement en charge dans les centres français, ainsi que les informations relatives aux demandes de remboursement de soins par l'assurance maladie permettent d'estimer le nombre réel des demandes de prise en charge médicale du transsexualisme à environ 300 nouveaux cas par an en France. Aucun chiffre officiel ne permet de démentir cette estimation.

« Au total, une bonne coordination entre les trois acteurs que sont le système de santé (= l'offre de soins), l'Assurance maladie (= la prise en charge financière des différents soins prévus dans le parcours), voire la Sécurité sociale (le numéro de sécurité sociale) et le système judiciaire (carte nationale d'identité, état-civil) semble indispensable pour mettre en place une prise en charge globale satisfaisante. Plus généralement, des actions aboutissant à une meilleure acceptation des transsexuels dans la société devraient être menées, la pression sociale peut en effet constituer un facteur de mauvais pronostic. A titre d'exemple, le système de santé anglais vient de rédiger un guide pour que les transsexuels travaillant pour lui, soient mieux intégrés dans leur milieu professionnel (157) ».

Consciente de l'importance de cette coordination, la SoFECT a déjà pris contact avec la CNAMTS, la Direction des Affaires Civiles et du Sceau au ministère de la justice, le Ministère du Travail, et le Conseil national de l'Ordre des Médecins.

**Mais la SoFECT attend aussi un soutien et une reconnaissance de sa démarche médicale de la part du ministère de la Santé.**

## II. PROPOSITION D'UN PARCOURS DE SOINS

« Le parcours de soins proposé ci-dessous est fondé de l'analyse critique de la littérature, notamment les Recommandations internationales de la WPATH (31), de la position du groupe de travail, des remarques des transsexuels, et des parcours de soins mis en place dans d'autres pays.

Le parcours de soins décrit ici débute lorsque le transsexuel rencontre pour la première fois un professionnel de santé, au sein d'une équipe ou au sein d'un réseau.

Le parcours de soins proposé ci-dessous est le parcours « habituel » qui est à adapté en fonction des individus et des situations. Les principales étapes du parcours de soins sont présentées schématiquement dans la Figure 2.

Il n'a pas été identifié de consensus fort au niveau international pour limiter la prise en charge du transsexualisme aux « jeunes adultes » en excluant les personnes plus âgées, mariées (ou l'ayant été) ou ayant des enfants ; il en est de même pour leur orientation sexuelle. L'analyse faite dans ce rapport montre que, sur des bases déontologiques, certains praticiens et/ou équipes peuvent à titre personnel limiter leur prise en charge à des patients « jeunes adultes ». Néanmoins, au niveau national, il semble légitime que le système de soins assure la prise en charge de l'ensemble des transsexuels pour ne pas créer de discriminations ».

Le parcours de soins proposé par la HAS repose essentiellement sur ce que les experts du groupe de travail, tous membres de la SoFECT, lui ont expliqué. Ces recommandations, fondées sur leur propre expérience et sur les règles internationales, ne souffrent pas de contestation médicale sérieuse. Elles sont à la base de la Charte de la SoFECT, qui est reproduite en annexe, à la suite de ce texte de la HAS.

La SoFECT souligne le caractère très inhabituellement détaillé de cette proposition de la HAS

## Les propositions de la SoFECT

La SoFECT récuse la notion de « centre(s) » et lui préfère celle de « réseau ».

Le modèle "du" ou "des" centres de référence, choisi par l'Etat pour les maladies rares ou les infections ostéo-articulaires, ainsi que sa procédure administrative de mise en place apparaissent aux membres de la SoFECT comme particulièrement théoriques et inadaptés à la prise en charge médico-chirurgicale du transsexualisme en France.

Le rapport de la HAS a été élaboré d'après les déclarations des experts, tous membres de la SoFECT. Les propositions de ce rapport ne font donc que refléter la structure qui existe en France<sup>1</sup>. La procédure ministérielle de rédaction d'un cahier des charges pour correspondre à ces propositions, suivie par un appel d'offre pour correspondre à ce cahier des charges, est totalement artificielle et illusoire.

La vérité est que les médecins concernés sont déjà organisés depuis longtemps au niveau régional, mais qu'ils manquent tous de moyens. Ce n'est pas en accréditant un centre de référence que la qualité de la prise en charge du transsexualisme pourra s'améliorer, mais en accréditant une structure, la SoFECT. Cette dernière permet dorénavant de structurer chacun des réseaux régionaux au niveau national.

Pour des raisons historiques, il n'existe en effet nulle part en France d'unité de lieu, et chacune des équipes régionales travaille depuis longtemps en réseau. Un des buts de la SoFECT est de rassembler et de coordonner ces réseaux régionaux en un seul réseau national. Ce réseau doit toutefois être renforcé et aidé par l'Etat.

Le schéma du parcours de soins est suffisamment consensuel au plan national et international pour ne plus être remis en question. Mais l'application de ce schéma peut certainement être améliorée, en particulier au niveau des délais et de l'information. Si la durée précise de la phase d'évaluation, par définition personnalisée, est sujette à variations, il est en revanche possible de s'engager sur les délais à son entrée (première consultation), et à sa sortie (hormonothérapie, chirurgie).

<sup>1</sup> « La Haute Autorité de Santé propose d'établir un protocole de soins pour le transsexualisme. La première phase consisterait en un diagnostic différentiel à partir des critères précisés dans les nomenclatures officielles, pour essayer d'éviter au maximum des transformations irréversibles injustifiées. Ensuite, une expérience en vie réelle permettrait d'étudier la capacité à vivre dans le rôle désiré. Le parcours de soins s'acheverait par l'hormonothérapie et la chirurgie de réassignation sexuelle. La HAS préconise également de mettre en place un réseau de prise en charge organisé autour d'équipes multidisciplinaires dans des centres de référence. Chaque équipe comprendrait des psychiatres, des endocrinologues, et des chirurgiens. Un coordonnateur serait chargé de l'accueil et de l'orientation des transsexuels, de l'organisation des consultations et du suivi des patients. »

#### La SoFECT demande au ministère de la santé :

- La reconnaissance et l'agrément non pas d'un centre, mais d'un réseau national de référence, avec 6 entrées régionales selon la structuration de la SoFECT. Il existe en Belgique 1 centre pour 10 millions d'habitants ; pour 60 millions d'habitants, les 6 centres français actuels correspondent exactement à cette proportion.
- Une aide financière destinée :
  - à la structuration et la coordination de ce réseau (secrétariat, infirmières de coordination),
  - à la création de postes de psychiatres, psychologues, endocrinologues, chirurgiens, assistantes sociales,
  - à la création de postes d'assistants de recherche clinique pour la logistique du programme national de recherche et d'évaluation.
- Une réévaluation de l'activité médicale et chirurgicale liée à la prise en charge du transsexualisme, avec en particulier la création d'un GHM spécifique.

#### Si ces aides sont obtenues, la SoFECT s'engage :

1. à ce que tous ses membres respectent sa Charte (ci-jointe), qui est conforme aux recommandations de la HAS et de la WPATH,
2. à réactualiser régulièrement cette charte en fonction des connaissances médicales,
3. à ce que ses 6 centres de référence répondent à toute première demande d'évaluation par un rendez-vous de consultation de psychiatrie dans un délai inférieur à trois mois. La répartition géographique des centres sur le territoire national doit permettre de répondre à la majorité des demandes par l'intermédiaire de la coordination régionale de chaque centre. A défaut, et pour les cas particuliers, le secrétariat général de la SoFECT assurera la coordination nationale et la répartition dans les centres.
4. Dès lors que l'indication d'une intervention chirurgicale de réassignation aura été décidée de façon collégiale par l'équipe multidisciplinaire, les chirurgiens des centres de référence de la SoFECT s'engagent à proposer une date d'intervention dans les trois mois qui suivent l'accord de l'assurance maladie.
5. Les chirurgiens de la SoFECT s'engagent en outre à publier sur son site Internet la liste des actes et interventions relatives au transsexualisme qui sont effectivement réalisables dans chacun des centres régionaux.
6. à évaluer les résultats, et à publier ses travaux scientifiques comme n'importe quelle autre société savante nationale et internationale, et selon les mêmes règles.
7. à participer à la formation continue des médecins concernés par la prise en charge du transsexualisme en France.
8. à élargir progressivement le réseau national aux spécialistes médicaux concernés, à des travailleurs sociaux, à certaines associations de parents, et à des ressources de conseil juridique.



## **Réponse des associations Trans**

La SOFECT, Société d'Etude et de prise en charge du transsexualisme (<http://www.transsexualisme.info/>) a vu le jour en juillet 2010. Il s'agit d'une association regroupant les médecins auto-proclamés «experts» du «transsexualisme» membres des équipes hospitalières françaises : le site internet de l'association est anciennement le site de l'équipe de l'hôpital Foch de Paris.

Le 28 septembre 2010 a eu lieu la première réunion de travail DGOS au Ministère de la Santé, afin de rédiger le cahier des charges des futurs centres de référence trans. A cette réunion étaient présents 6 membres de la SOFECT.

Une grande partie du tissu associatif français a voté contre ces centres de référence lors d'une assemblée générale organisée par OUTrans le 25 avril 2010. Lors de cette AG des représentantEs ont été éluEs afin d'intégrer à minima le groupe de travail DGOS et de porter les exigences suivantes :

*absence de test de vie réelle,*

*libre-choix du médecin,*

*possibilité de parcours hors-centre de référence et remboursements assurés,*

*absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres,*

*élargissement des catégories professionnelles réunies dans ces centres par rapport aux équipes hospitalières existantes,*

*non-obligation de l'hormonothérapie réversible,*

*obligations des praticiens à contribuer à la communauté scientifique internationale,*

*changement d'état-civil facilité,*

*place décisionnaire des associations de personnes concernées dans les centres de référence,*

*individualisation des parcours, y compris sur le plan corporel,*

*prise de modèle sur les Plannings Familiaux.*

Par ailleurs, l'Assemblée Générale a voté la résolution suivante : *Pour mettre en œuvre la dépsychiatriation des transidentités, la prise en charge de la transition doit exclusivement se fonder sur une déclaration de consentement éclairé sans*

[contact@outrans.org](mailto:contact@outrans.org) – [www.outrans.org](http://www.outrans.org)

aucune forme d'évaluation ou de diagnostic.

OUTrans a d'emblée émis des réserves quant à ce projet de centre(s) de référence : ce projet se base en effet sur les recommandations de la HAS, dont certaines nous paraissent **extrêmement** problématiques.

**La SOFECT a rédigé il y a quelques jours un dossier à l'intention du Ministère de la Santé, dossier présenté comme «un document de travail, qui contient ses réponses, ses propositions et ses solutions».**

Dans ce document, la SOFECT reprend point par point les revendications votées par l'Assemblée Générale trans du 25 avril 2010, et les élimine une à une, les considérant «irréaliste(s)», «non fondée(s)», «malvenue(s)», ou bien encore comme étant de «faux problème(s)».

Il est évident, au vu de ce dossier, que la SOFECT souhaite :

- exclure les représentantEs trans du processus de prise en charge pour les cantonner à un accompagnement administratif ou de «soutien» auprès des personnes trans ;

- qu'elle tente de maintenir un monopole exclusif concernant la prise en charge des transitions, au mépris du travail des médecins qui ne font pas partie de cette association ni des équipes hospitalières, et sans aucune base légale ;

- qu'elle cherche à faire passer les médecins membres des équipes hospitalières pour des victimes, qui «travail(lent) dans l'ombre», sont «gênés dans leur démarche» par les personnes trans «automédiquées» ou prises en charge «incorrectement» par d'autres praticiens, et seraient «écartés du débat», manquant d'écoute et de reconnaissance de la part des pouvoirs publics.

**Le dossier rédigé par la SOFECT est profondément méprisant pour les personnes trans**, lesquelles se voient dépossédées de leur propre discours, de leurs vies, de leurs corps et de leur santé.

La SOFECT affirme ainsi que le libre choix du médecin, droit fondamental des patients, a un «caractère théorique» en ce qui concerne les personnes trans.

Elle persiste à considérer le «transsexualisme» comme une «pathologie» nécessitant un «diagnostic différentiel psychiatrique», au mépris des récentes avancées ministérielles qui déclassifient le «transsexualisme» hors des maladies psychiatriques (<http://outrans.org/spip.php?article95>).

Elle prétend que les personnes trans «mettent en place spontanément» une

[contact@outrans.org](mailto:contact@outrans.org) – [www.outrans.org](http://www.outrans.org)

période de «vie réelle», alors même qu'il s'agit d'une contrainte imposée bien trop souvent par le corps médical.

Elle affirme que certaines personnes trans «choisi(ssen)t de se faire traiter loin de la région où (elles) habitent», ou pire, à l'étranger, et dénonce un «nomadisme médical» des trans.

Comment peut-on parler de «choix» dans un contexte français où les médecins libéraux sont menacés par la SOFECT, où l'hormonothérapie et la chirurgie sont d'une qualité souvent catastrophique ?

**Ce dossier est également méprisant pour tous les médecins, psychiatres, endocrinologues, chirurgiens, orthophonistes, généralistes, dermatologues (etc), ainsi que psychologues et psychothérapeutes, non membres de la SOFECT, qui accompagnent des transitions dans le respect de la personne et de l'éthique médicale.**

La SOFECT prétend «représenter l'ensemble des médecins français impliqués dans ce problème difficile» (le «transsexualisme»...) ; «les spécialistes véritablement expérimentés y sont très rares, et sont par définition regroupés dans le cadre de la SOFECT».

**Nous disons que c'est faux** : la SOFECT représente essentiellement les médecins membres des six équipes hospitalières françaises, et nous savons que bon nombre de trans sont suivis par d'autres médecins, qu'ils choisissent en raison de leur plus grande compétence.

En cherchant à justifier par tous les moyens son monopole et son «expertise», la SOFECT affirme encore que «les compétences pour prendre en charge (le transsexualisme) sont ultra-spécialisées», compétences qui seraient concentrées entre les mains des médecins des équipes hospitalières.

**Nous disons que c'est faux** : tout endocrinologue est par définition compétent pour prescrire un traitement hormonal adapté ; un gynécologue est capable de pratiquer une hystérectomie ; bon nombre de chirurgiens savent pratiquer des mastectomies.

Autant d'actes médicaux qui ne concernent pas uniquement les personnes trans, mais aussi beaucoup d'hommes et de femmes cisgenres. En quoi est-ce «ultra-spécialisé» ?

La chirurgie génitale est sans doute la seule compétence véritablement spécialisée, or, il se trouve qu'elle n'est pas suffisamment maîtrisée par les chirurgiens français, encore moins par les chirurgiens des équipes hospitalières, et c'est la raison pour laquelle un certain nombre de personnes trans ont recours

[contact@outrans.org](mailto:contact@outrans.org) – [www.outrans.org](http://www.outrans.org)

à des chirurgiens étrangers.

**Le dossier de la SOFECT est enfin, et peut-être surtout, une démonstration patente de l'ignorance et de la mauvaise foi de ses membres,** soit disant spécialistes de la prise en charge des personnes trans.

Ce texte se base sur des chiffres fantaisistes et arbitraires, balayant d'un revers de main des questions de santé publique telles que celle du VIH : *«Dans l'expérience des médecins de la SOFECT, la notion de transsexualisme n'est ni synonyme d'infection par le VIH, ni synonyme de prostitution. (...) Les chiffres français de la prévalence du VIH parmi les personnes transsexuelles ne sont pas connus. Ils n'atteignent certainement pas 20% des cas.»*

Ainsi, la recommandation de la HAS pour les futurs centres de référence, de traiter la question de l'infection par le VIH, semble considérée par la SOFECT comme une absurdité. Une telle minimisation est grave, lorsqu'on sait que la population trans ne bénéficie pas de campagnes de préventions, et qu'il existe des interactions possibles entre les antirétroviraux et les hormones.

La SOFECT prétend que les 6 équipes régionales actuelles sont suffisantes à la prise en charge des «transsexuel·les». La plupart des personnes trans passent aujourd'hui par des réseaux alternatifs au lieu de se rendre dans ces équipes. Elles se proclament officielles et estiment donc que les seuls trans existantEs et reconnaissables, quantifiables en tant que TELLEs ne sont que 300 par an.

**Nous disons que c'est faux** et que nous sommes trois ou quatre fois plus nombreux et nombreuses. (A quand une véritable étude de cette question ?).

La SoFECT ne craint pas les contradictions : tout en voulant conserver son monopole, en affirmant que ses membres et ses équipes sont seules capables de prendre en charge les personnes trans au sein des futurs centres de références, en dénonçant le fait que les personnes trans puissent s'automédiquer ou être suivie en libéral, la SoFECT s'oppose à la tenue d'un registre national au prétexte que cela *«apparaît incompatible avec la préconisation de l'absence d'obligation pour les transsexuels à s'adresser à une structure de référence»*. (p.14) Est-ce bien sérieux ? Que craint donc la SOFECT ?

**La SOFECT n'a de cesse de marteler que le «transsexualisme» est une question médicale, et non politique** ; elle dénonce un «amalgame politique» de la part des associations trans, et refuse de se laisser prendre dans le «piège politique» qui lui serait tendu. Ce discours n'est pas nouveau : sur le site de présentation de

[contact@outrans.org](mailto:contact@outrans.org) – [www.outrans.org](http://www.outrans.org)



l'équipe FOCH (Paris), peu après une action menée par le GAT, nous pouvions lire que les trans n'étaient pas une catégorie politique.

Nous disons que la médecine n'est pas neutre et participe toujours de rapports de pouvoirs.

Nous disons que la SOFECT fait de la politique, en défendant ses propres intérêts, et non ceux de ses patients.

La SOFECT fait de la politique, en prônant un système de pensée et de représentations des corps et des identités confiné dans les deux seuls sexes soit disant «réels» : hommes, femmes.

La SOFECT fait de la politique, en cherchant à imposer un seul type de parcours pour les trans, au mépris des choix individuels et de la multiplicité des trajectoires de vie, et en confinant les transitions à un «problème médical».

La SOFECT fait de la politique, en prétendant détenir une expertise et un monopole sur un domaine qu'elle ne maîtrise pas, en cherchant à contrôler l'accès aux transitions à partir de critères qui n'ont rien de médical.

Ce dossier rédigé par la SOFECT met en lumière les luttes de pouvoirs, enjeux entre praticiens, pour avoir la main mise sur une population qui a le vent en poupe.

Il y a trente ans de cela, les trans constituaient une minorité qui commençait à se politiser, à s'organiser, à établir des alternatives face à des équipes médicales qui les stigmatisaient et les cantonnaient dans la catégorie des malades mentaux. La population des «transsexuel-les» était, aux yeux des médecins, une population à soigner, à cadrer, à contrôler au sein d'un protocole psychiatrique.

Ainsi, au moment même où l'homosexualité sortait du DSM, remettant en question la scientificité et la pertinence des théories psychiatriques sur le genre et la sexualité, la transidentité entrait dans la scène des troubles mentaux reconnus par l'OMS, comme pour prouver que les psychiatres avaient bien encore «leur mot à dire» sur ce que font les gens de leur sexe et de leur identité de genre.

Aujourd'hui, la SOFECT s'insurge que des personnes ayant accès à des soins particuliers (traitements hormonaux et chirurgie) revendiquent ces droits en tant qu'usagerEs de soins et se placent expertEs de leur propre vie et de leur propre corps.

Nous répondons à la SOFECT qu'elle témoigne ici d'une déontologie archaïque et obsolète; que la plupart des recherches médicales des comités d'éthiques,

[contact@outrans.org](mailto:contact@outrans.org) – [www.outrans.org](http://www.outrans.org)

des enquêtes épidémiologiques, adoptent aujourd'hui un point de vue qui a le mérite au contraire d'intégrer l'expertise des malades, des patientEs, ou des usagEres.

A l'heure actuelle, outre-Atlantique comme outre-Manche, par exemple, la communauté médicale s'engage à établir des protocoles de soins et de prises en charge dans lesquels les personnes trans sont des acteurICEs à part entière. La France ne peut pas demeurer une exception.

Il aura fallu aux femmes plus de deux siècles de luttes et de combats pour qu'elles soient enfin reconnues comme libres de disposer de leur propre corps.

Combien d'années de luttes et de combat faudra-t-il aux trans pour qu'il en soit de même, pour que nos corps et nos identités soient respectées ?

Pour avoir accès à des traitements adaptés à nos transitions ?

Pour que les trans puissent décider eux/elles mêmes si ILLES veulent ou non ces traitements et chirurgies sans pour autant que leur genre soit remis en question ?

Combien de temps encore à lutter pour que le recours à des critères naturalistes et hypocrites du "sexe" ne soit plus invoqués pour nous valider ?

Combien de temps pour que nous, TRANS, sortions des représentations de genre assimilables par une majorité qui nous ignore ?

[contact@outrans.org](mailto:contact@outrans.org) – [www.outrans.org](http://www.outrans.org)

**TRANS IDENTITIES  
ARE NOT AN  
ILLNESS**



International Day  
for the Depathologization  
of Trans Identities  
[www.stp2012.info](http://www.stp2012.info)



Demonstrations and actions  
in cities from all  
over the world



**SATURDAY, OCTOBER 23<sup>rd</sup>, 2010**

[www.stp2012.info](http://www.stp2012.info)

Affiche STP (Stop Trans Pathologisation) 2011

**POUR LES  
TRANS  
AUSSI  
LA CHIRURGIE  
DOIT ÊTRE  
ESTHÉTIQUE**

*Gouines, trans et pédés à l'offensive !*

[www.pantheresroses.org](http://www.pantheresroses.org)



**LES  
PANTHÈRES  
ROSES**

Affiche des panthères roses





## Remerciements

Cette thèse n'existerait pas sans la confiance des personnes interrogées et en premier lieu les militants et les acteurs concernés par la transidentité en France. C'est grâce à eux que ces observations ont pu être réalisées. Je pense notamment aux associations qui m'ont permis d'entrer en contact avec personnes aux parcours multiples, mais aussi à mes ami.e.s militant.e.s sans qui cette thèse n'aurait pas été la même. Vos remarques et nos discussions ont été des éléments précieux à l'élaboration de cette Thèse. Merci donc aux associations avec qui j'ai pu être en relation : Mutatis Mutandis (Lèa, Marie, Nathalie, Aurélie, Claudine, Marion, et j'en oublie) et à toutes les personnes que j'ai pu croiser en réunion, Soirées des Anges (Jeanne, Candice, Victoria...), Sans Contrefaçon (reloaded), Trans Aide (Stéphanie surtout, mais aussi Emilie), Chysalide (Sophie entre autres), OUtrans (Joachim, Lorraine, Ali et j'en oublie...), AIDES (Fred), l'ORtrans (Oscar, Edwige Carole...). Merci aux personnes ayant initiées des rencontres décisives : lors des UEEH, dans les différents centres LGBT ou féministes (le Girofard ou la Maison des Femmes à Bordeaux -Audrey-), les membres d'Agile (Florence...) à Clermont Ferrand, dans les colloques de Genres Pluriels. Merci à tous ceux que j'ai rencontré, même une fois, même quelques minutes, même si nous avons fini par nous disputer, et qui m'ont accordé leur confiance en répondant à mes questions : David, Aurore, Brigitte, Caroline, Helen, Clémence, Coralie, Elodie, Flo, Géraldine, Jo, Karien, Quentin, Lise, Marine, Mathieu, Maxime, Nina, Raphael, Samuel, Sophie, Vanessa.... Un immense merci à l'ensemble des militant.e.s Trans qui m'ont éclairé de leurs parcours et de leur expertise : Tom Reucher évidemment, mais aussi Vincent Guillot, mais je pense aussi à Laure-Anne, Laurence et Charlotte. Merci de vos témoignages et de votre amitié. Merci à Zack (Z.), forcément !

Bien évidemment, merci à ma « Rance family » : Karine Espineira, Maud Yeuse Thomas et Naiel... Y aurait-il eu autant de passion dans cette recherche sans vous à mes côtés ? Merci aussi à tous ceux qui ont participé à l'Observatoire Des Transidentités.

Cette thèse n'aurait pas non plus existé sans mon directeur de recherche, Éric Macé, sans ses nombreuses relectures, sans ses conseils avisés. Je voudrais ici le remercier pour son suivi précieux et son exigence bienveillante ; le remercier d'avoir accepté mon invitation lors de ma première journée d'étude en 2008 sur « la transidentité », car, au fond, tout part de là ; le remercier aussi pour les trois années durant lesquelles nous avons animé le « séminaire Trans » et les belles rencontres qu'il aura permis.

Je remercie également les membres de mon jury : Patrick Baudry, Laurence Herault, Laurent Visier et Alain Giami, ainsi que mon laboratoire, le Centre Émile Durkheim.

Une thèse c'est aussi des rencontres universitaires, des collègues : un immense merci aux ami.e.s docteurs, doctorant.e.s, personnels de l'université de Bordeaux avec qui j'ai partagé tout ce temps : Merci à Roa, à Laetitia, à Béatrice Jacques, à Laurence Kotobi, à Yoann, à Marie Christine, à Corinne, à ceux qui m'ont supporté dans le bureau... et j'en oublie forcément... Je remercie aussi tous ces chercheur/se/s et doctorant.e.s avec qui j'ai pu échanger sur mon sujet : merci à Brigitte Bellebeau, à Yves Raibaud, à Sylvie Ayral, à Daniel, à Marielle Toulze, à Laurence Hérault, à Elsa Comails, à Patrice Desmond... Merci aux organisateurs et participants des séminaires auxquels j'ai pu exposer, confronter mes idées, faire des rencontres : ceux du séminaire Trans, de l'IEC, du séminaire Mixité Paris Genre...

Enfin, l'expérience de la thèse n'aurait pas été aussi exaltante sans le soutien de mes proches. Merci tout d'abord à ma famille, ma mère tout particulièrement, ma tante, mes couines, Julie, Virginie, mon oncle, mon cousin, qui se demandent encore « c'est quoi la transidentité ? », mais dont l'écoute et les encouragements ont nourri ma thèse jusqu'au bout. Enfin, merci à mes ami.e.s. Arrêtez de me demander « c'est quand que tu soutiens ? », car je suis en train de soutenir ! Merci à Anamorphosée, Angy, Brigitte, Caro de Lyon, D'uro, Dadou, Doudounet, Espineira, Eva, Emilie, Franquet, Gnodre, Jeanne racletout, Jojo, Kaka, La petite marion, La reine (et la famille royale), Laurence, Laure-Anne, Léa, Lolotte, Louboutin, Loyk, Lynx, Maité, Mahude, Naiel, Nana, Nicoletta, Pastis, Roa et Habibi, Roux

(évidemment) Tatie Sylvie (et ses enfants), Secrétaire lubrique, Toulze, Valérie, Yoann, Z...  
Merci aux ami.e.s de Philippe Al-Jazira, Doublure, CCCP, Babou (chez qui j'ai écrit une partie de cette thèse), Fred et Fabienne, Sylvie et Philippe, Sylvie et Isabelle, Laurence, Christine et Domi, Kaka. Et merci à Philippe, à Dourfer, *last but not least*, mon premier lecteur, mon premier correcteur, avec qui je ne suis pas... depuis 3ans !